

特別養護老人ホーム 入所申込書

申込日： 年 月 日

特別養護老人ホーム 志深の苑
施設長

様

入所申込者

ふりがな			性別	保険者	市・町	
氏名			男・女	被保険者番号		
生年月日	明・大・昭	年	月	日	要介護度	1・2・3・4・5
認定有効期間	年		月	日	～	年
	年		月	日	電話番号	()
現住所	〒 -					

【必要添付書類】

- ①介護支援専門員等意見書(様式2)
- ②認定調査票(基本調査)(写)
- ③直近3ヵ月分のサービス利用票(写)及び別表(写)

申込代理者(申込者が本人でない場合は、下の欄も記入してください。)

氏名			入所申込者との続柄
住所	〒 -		電話番号 ()

上記入所申込者について、この入所申込書により入所を希望いたします。

なお、入所のための待機中に、貴施設以外の施設に入所が決定した場合、また要介護度や連絡先、介護の状況等について変更がありました場合は、速やかに貴施設に連絡いたします。

時 期	早急・年 月以降		申込予定： 貴施設のみ・他にも申込む 所(予定)			
現 況	<input type="checkbox"/> 1 自宅で一人で暮らしている。 <input type="checkbox"/> 2 自宅で家族と暮らしている。 <input type="checkbox"/> 3 老健等施設や病院に入っている。 ※「 <input type="checkbox"/> 3 老健等施設や病院に入っている。」に“ <input checked="" type="checkbox"/> ”を入れた場合は下記についても記入してください。 <input type="checkbox"/> 施設名又は病院名： <input type="checkbox"/> 入所又は入院時期： 年 月 日から入所・入院している。					
入所希望理由 (要介護3～5の方は、右記の該当項目を全て選んでください。)	<input type="checkbox"/> 1 施設入所により安心した生活を送りたい <input type="checkbox"/> 2 寝たきりなどにより、食事、排泄、入浴等日常生活全般に介助が必要 <input type="checkbox"/> 3 認知症などにより常時の見守り、介護が必要 <input type="checkbox"/> 4 施設や病院等から退所を求められているが、自宅での生活が困難 <input type="checkbox"/> 5 介護者がいない、介護者が入院等で介護できない <input type="checkbox"/> 6 介護者が、高齢、疾病、育児、就労、別居等のため、介護が困難 <input type="checkbox"/> 7 利用したい在宅サービスが十分でない(夜間訪問介護など) <input type="checkbox"/> 8 介護保険の限度額を超える等、経済的負担が大きい <input type="checkbox"/> 9 住宅が介護に適さない(狭い、改修不可など) <input type="checkbox"/> 10 住宅環境が在宅サービス利用に適さない(立地・地形上など) <input type="checkbox"/> 11 その他の理由(具体的にお書き下さい)					
特例入所該当理由 (要介護1又は要介護2の方は、右記の該当項目を全て選んでください。)	<input type="checkbox"/> 1 認知症・知的障害・精神障害等により常時の見守り・介護が必要 <input type="checkbox"/> 2 介護者がなく、かつ、地域での介護サービスや生活支援が十分でない <input type="checkbox"/> 3 介護者が、高齢、疾病、育児、就労、別居等のため介護が困難であり、かつ、地域での介護サービスや生活支援が十分でない					
主たる介護者	ふりがな			性別	本人との関係	生年月日
	氏名			男・女		明・大・昭 年 月 日
	同居の区分	<input type="checkbox"/> 同居している <input type="checkbox"/> 別居している		(住所：)		
	就労状況等	<input type="checkbox"/> 就業中 <input type="checkbox"/> 育児 <input type="checkbox"/> 高齢 <input type="checkbox"/> 疾病 <input type="checkbox"/> その他 ()				
意見	【介護をしている上で困っている事等】					
同意書	・申込施設が担当の介護支援専門員や入所申込者の介護保険の保険者である市町(以下、保険者市町という。)から入所判定に必要な入所申込者等の情報を受けることに同意します。 ・入所申込者の入所判定や年1回県と保険者市町が合同で実施する特別養護老人ホーム入所申込状況調査や今後の保険者市町の施策の参考とするため、この申込書及び介護支援専門員等意見書の内容を保険者市町に報告することに同意します。 年 月 日 氏名 印					

特別養護老人ホーム 入所申込書

申込日：平成 〇〇 年 ××月 △△日

特別養護老人ホーム 施設長 様

入所申込者

ふりがな	ひょうご はなこ	性別	保険者	〇〇 市・町
氏名	兵庫 花子	男・女	被保険者番号	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9
生年月日	明・大昭 5 年 3 月 3 日	要介護度	1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5	
認定有効期間	平成〇〇年 △月 ×日 ~ 〇〇年 ×月 △日	電話番号	0 7 8 (×××) ××××	
現住所	〒 6 5 0 - 0 0 0 0 〇〇市△△町×丁目〇-〇 □□マンション101			

【必要添付書類】

- ① 介護支援専門員等意見書（様式2）
- ② 認定調査票（基本調査）（写）
- ③ 直近3ヵ月分のサービス利用票（写）及び別表（写）

申込代理者（申込者が本人でない場合は、下の欄も記入してください。）

氏名	兵庫 一郎	入所申込者との続柄	夫
住所	〒 - 現住所と同じ。 電話番号 ()		

上記入所申込者について、この入所申込書により入所を希望いたします。

なお、入所のための待機中に、貴施設以外の施設に入所が決定した場合、また要介護度や連絡先、介護の状況等について変更がありました場合は、速やかに貴施設に連絡いたします。

時 期	早急 ・ 平成 年 月以降		申込予定：貴施設のみ ・ 他にも申込み ヶ所（予定）		
現 況	<input type="checkbox"/> 1 自宅で一人で暮らしている。 <input checked="" type="checkbox"/> 2 自宅で家族と暮らしている。 <input type="checkbox"/> 3 老健等施設や病院に入っている。 ※「 <input type="checkbox"/> 3 老健等施設や病院に入っている。」に“✓”を入れた場合は下記についても記入してください。 <input type="checkbox"/> 施設名又は病院名： <input type="checkbox"/> 入所又は入院時期： 年 月 日から入所・入院している。				
入所希望理由 (要介護3~5の方 は、右記の該 当項目を全て選 んでください。)	<input type="checkbox"/> 1 施設入所により安心した生活を送りたい <input type="checkbox"/> 2 寝たきりなどにより、食事、排泄、入浴等日常生活全般に介助が必要 <input checked="" type="checkbox"/> 3 認知症などにより常時の見守り、介護が必要 <input type="checkbox"/> 4 施設や病院等から退所を求められているが、自宅での生活が困難 <input type="checkbox"/> 5 介護者がいない、介護者が入院等で介護できない <input checked="" type="checkbox"/> 6 介護者が、高齢、疾病、育児、就労、別居等のため、介護が困難 <input type="checkbox"/> 7 利用したい在宅サービスが十分でない（夜間訪問介護など） <input type="checkbox"/> 8 介護保険の限度額を超える等、経済的負担が大きい <input type="checkbox"/> 9 住宅が介護に適さない（狭い、改修不可など） <input type="checkbox"/> 10 住宅環境が在宅サービス利用に適さない（立地・地形上など） <input type="checkbox"/> 11 その他の理由（具体的にお書き下さい）				
特例入所該当理由 (要介護1又は要 介護2の方は、右 記の該当項目を全 て選んでください。)	<input type="checkbox"/> 1 認知症・知的障害・精神障害等により常時の見守り・介護が必要 <input type="checkbox"/> 2 介護者がなく、かつ、地域での介護サービスや生活支援が十分でない <input type="checkbox"/> 3 介護者が、高齢、疾病、育児、就労、別居等のため介護が困難であり、かつ、地域での介護サービスや生活支援が十分でない				
主たる介護者	ふりがな	ひょうご いちろう	性別	本人との関係	生年月日
	氏名	兵庫 一郎	男・女	夫	電話番号
	同居の区分	<input checked="" type="checkbox"/> 同居している <input type="checkbox"/> 別居している (住所：)			
	就労状況等	<input type="checkbox"/> 就業中 <input type="checkbox"/> 育児 <input checked="" type="checkbox"/> 高齢 <input type="checkbox"/> 疾病 <input type="checkbox"/> その他 ()			
意見	【介護をしている上で困っている事等】 息子夫婦が東京に住んでいるが、〇〇のため同居して介護をうけることができない。訪問介護サービスを受けているが、夜間は私が介護している。私自身も病気がちで、これ以上自宅で妻を介護することが困難になってきたので、施設で十分な介護を受けさせたい。				
同意書	・ 申込施設が担当の介護支援専門員や入所申込者の介護保険の保険者である市町（以下、保険者市町という。）から入所判定に必要な入所申込者等の情報を受けることに同意します。 ・ 入所申込者の入所判定や年1回県と保険者市町が合同で実施する特別養護老人ホーム入所申込状況調査や今後の保険者市町の施策の参考とするため、この申込書及び介護支援専門員等意見書の内容を保険者市町に報告することに同意します。 平成 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日 氏名 兵庫 一郎 印				

- ※1 「被保険者番号」「要介護度」「認定有効期間」：被保険者証の内容をご記入ください。
- ※2 「電話番号」：この入所申込に関し連絡を常にとることができる電話番号をご記入ください。
- ※3 必要添付書類の「介護支援専門員等意見書（様式2）」については、入所申し込み時点で関わりのある介護支援専門員に作成していただいでください。なお、施設・病院に入所・入院されていて、介護支援専門員の関わりがない場合には、施設・病院の相談員や看護師等の専門職や地域包括支援センターの職員等に作成していただいでください。
- ※4 入所申込を本人ではなく家族等が行なう場合には、申込代理者の欄もご記入ください。
- ※5 「時期」：入所希望時期や申込予定施設の数をご記入ください。
- ※6 「現況」：該当するもの、いずれかひとつに“✓”を入れてください。
- ※7 施設や病院等に入所・入院中の場合は、施設名、ならびに入所・入院時期をご記入ください。
- ※8 「入所希望理由」：要介護3～5に該当する入所希望者について、該当するものに“✓”を入れてください。（複数でも可）
- ※9 「特例入所該当理由」：要介護1又は2に該当する入所希望者について、該当するものに“✓”を入れてください。（複数でも可）
- ※10 「主たる介護者」：主に介護を行なっている方についてご記入ください。
また、同居、別居のいずれかに“✓”を入れてください。施設や病院等に3ヶ月以上の長期にわたり入所・入院中の場合は、介護者の欄は空欄で結構です。3ヶ月以内の入所・入院中の場合は、自宅に戻れば介護者がいるときには介護者をご記入ください。自宅に戻っても介護者がいない場合には空欄にしてください。養護老人ホームや軽費老人ホームの入所者は、介護者の記入は不要です。
- ※11 「意見」：家庭で介護を続けることが困難な事情等を具体的にご記入ください。
- ※12 「同意書」：入所申込者、あるいは申込代理者が同意してください。（代筆の場合は、代筆者の氏名を併記してください。）

(様式2)

記入日： 年 月 日

介護支援専門員等意見書

入所申込者(本人)氏名： _____

記載者

氏名： _____

所属： _____

職種： _____

電話： _____

※ この意見書は、入所申込時点で関わりのある介護支援専門員や施設・病院職員等の専門職（相談員・看護師等）や地域包括支援センターの職員等が入所申込者の現在の状況を、把握されている範囲でご記入ください。

(1) 認知症の周辺症状（認知症以外の疾患で同様の症状を認める場合を含む）

①発生頻度

非常に多い 時々ある 少しある・稀にある なし

②症状(該当する項目全てにチェック)

幻視・幻聴 昼夜逆転 暴言暴行 大声を出す 介護に抵抗
常時の徘徊 火の不始末 不潔行為 異食行動 自傷行為
性的問題行動 その他()

(2) 主たる介護者・家族等の状況

身寄りがいない、もしくは家族等がいても疎遠であるなど介護者がいない。
介護者はいるが、地理的に離れているもしくは病院等に長期入院の状況にあり、十分な介護が困難。
介護者はいるが、他に介護や育児が必要な者がいる。
介護者はいるが、十分な介護が困難。(高齢・障害・疾病・就労・その他：)
介護者が近隣にいる。
同居の介護者がいる。(人)
その他 ()

(3) 主たる介護者の負担感

介護疲れがひどい
在宅サービスを利用しているが介護疲れがある
在宅サービスの利用にて順調
在宅サービスの利用ないが順調
殆ど関わっていない

要介護認定関係資料写し交付申請書（特別養護老人ホーム入所申込用）

令和 年 月 日

(あて先) 姫路市長

下記のとおり、介護保険の被保険者に係る要介護認定関係資料の提供を申請します。なお、資料の提供を受けた際は、下記の遵守事項を守り、私の責任で資料を適正に管理・処分することを約束します。

申請者	氏名		被保険者との関係	<input type="checkbox"/> 本人（被保険者）
	住所	〒 -		<input type="checkbox"/> 本人の親族 (続柄:)
	電話	TEL - -		<input type="checkbox"/> 本人の法定代理人 <input type="checkbox"/> その他 ()

被保険者	被保険者番号			
	住所			
	氏名			
	生年月日	明治 大正 年 月 日 昭和	性別	男・女
	使用目的	特別養護老人ホームへの入所申込のため。(要介護状態区分:)		

受領日	令和 年 月 日	受領者名 (自署)	
-----	----------	--------------	--

(遵守事項)

1. 提供を受けた資料を上記の目的以外で使用しないこと。
2. 提供を受けた資料を上記の目的以外で複写および複製しないこと。
3. 提供を受けた資料に記載の個人情報につき、本人の同意なく、第三者に提供を行わないこと。
4. 提供を受けた資料を厳重に管理し、当該資料を紛失、または破損しないよう適正に管理すること。
5. 必要がなくなった場合、提供を受けた資料を確実かつ速やかに破棄すること。

(注)：上記遵守事項に違反した場合、今後の資料提供をお断りする場合があります。ご了承ください。

----- 《以下は、姫路市処理欄につき、記入しないでください。》 -----

課長	課長補佐	係長	係	・
				・

受付	交付対象 年 月 日認定のもの
身分証明	<input type="checkbox"/> 本人の身分証明書（必須） <input type="checkbox"/> 申請者の身分証明書（必須） <input type="checkbox"/> 代理人の確認書類（代理人が申請する場合）