

特別養護老人ホーム入所申込書

[新規・変更・更新]

申込日		令和 年 月 日		保険者名 (市町村名)					
「入所に関する連絡先」 申込者	ふりがな			性別		入所希望者との関係			
	氏名			□男 □女		□配偶者 □子 □子の配偶者 □兄弟姉妹 □甥姪 □その他 ()			
	住所	〒				自宅電話 () 携帯電話 ()			
	昼間の連絡先：□自宅 □携帯 □会社等「				」電話番号 ()				
入所希望者の状況	ふりがな			性別		被保険者番号			
	氏名			□男 □女					
	住所	〒		年齢		介護度 □1 □2 □3 □4 □5			
	生年月日	□明治 □大正 □昭和 年 月 日		歳		令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで			
	医療の状況	□経管栄養(□経鼻 □胃瘻 □腸瘻) □カテーテル □ストーマ □酸素療法 □透析 □インシュリン □気管切開 □その他 () [現在治療中の病名] ()							
	現在の生活場所	□在宅で生活 □老健、療養型、介護医療院、1年以上病院に入院 □特定施設(有料老人ホーム等)・グループホーム □特別養護老人ホーム 各施設名又は病院名 () 入所・入院時期 年 月から							
家族、親族等の状況	世帯等の形態	□自宅では一人で暮らしている □自宅では高齢者のみで暮らしている □自宅では高齢者以外を含む家族と暮らしている							
	近隣家族の有無	□近隣に家族はいない。 □近隣に家族がいる。 □敷地内、隣、道路向いに家族がいる。 ※「家族」：2親等 ※「近隣」：概ね車で30分以内							
	同居家族及び近隣家族の状況	氏名	住所	続柄	年齢	同居・別居	要介護	障害	複数介護
						□同居・□別居	□	□	□
						□同居・□別居	□	□	□
						□同居・□別居	□	□	□
						□同居・□別居	□	□	□
※「要介護」：要介護1以上 ※「障害」：身障手帳3級以上、療育手帳A、精神福祉手帳1級 ※「複数介護」：複数人の家族を介護、看護、又は未就学児の育児中。 介護、看護、育児を受けている方の氏名 () () ()									
ジェノグラム(家系図)	男性□、女性○ 亡くなっている場合■、● 同居者は線で囲む 例：本人90歳女性、夫死亡、子供3人 								
同意書	私及び家族は、特別養護老人ホームの入所にあたり、入所調整検討委員会に対し、要介護認定に係る調査内容、判定結果及び主治医意見書を提出することに同意します 令和 年 月 日								
	本人、又は 家族の代表者	氏名			入所希望者との関係				
		住所							

主たる介護者の状況	ふりがな		性別	入所希望者との関係			
	氏名		☐ 男 ☐ 女	☐ 配偶者	☐ 子	☐ 子の配偶者	
	住所	〒	電話	☐ 兄弟姉妹	☐ 甥姪	☐ その他 ()	
				年齢	歳		
	生年月日	☐ 大正 ☐ 昭和 ☐ 平成 年 月 日	介護度	☐ 支1	☐ 支2	☐ 1	☐ 2
介護者の 障害等の 状況	障害者手帳 ☐ 1級 ☐ 2級 ☐ 3級 ☐ 4級 ☐ 5級 ☐ 6級						
	療育手帳 ☐ A ☐ B			精神福祉手帳 ☐ 1級 ☐ 2級			
	手帳に記載してある障害等名 ()						
本人の意向	☐ 入所を希望している ☐ 迷っている ☐ 拒否している ☐ 知らせていない ☐ 認知力低下により理解困難						
希望する部屋の形態	☐ 個室を希望 ☐ 多床室（相部屋）を希望 ☐ 個室、多床室どちらでもよい						
入所希望施設	希望施設へ印を記入ください。複数の施設を希望することもできます。なお、複数の施設を希望された場合には、希望した施設のうち最初に空床ができた施設へ入所することになります。 （紹介した施設への入所を辞退される場合は、やむをえない事情による場合を除き一定期間紹介を行いません。） ☐飯田荘 ☐第二飯田荘 ☐阿南荘 ☐松川荘 ☐阿智荘 ☐天龍荘 ☐遠山荘 ☐喬木荘 ☐やすおか荘 ☐あさぎりの郷 ☐赤石寮 ☐ゆい ☐陽だまりの丘 ☐笑みの里 ☐第二光						

この欄は、ケアマネジャーなどへ記入を依頼してください

【居宅介護支援事業所記入欄】 ※施設(老健、療養型等)へ入所又は病院に長期入院している場合は、施設関係者又は病院関係者をご記入ください。			
事業所名及び担当		事業所住所及び連絡先	
担当:		〒 電話 ()	
世帯・介護者の状況(※住民票上ではなく、事実上の自宅での同居の状況)		近隣の家族の状況	
☐ 一人で生活している ☐ 在宅で生活 ☐ 本人は施設等で生活 ☐ 高齢者のみの世帯 (介護者の場合 ☐ 後期高齢者 ☐ 前期高齢者) ☐ 同居者は寝たきり等の方のみで入所希望者の介護は事実上不可能 ☐ 介護者が障害者・要介護者、且つ複数介護・看護している ☐ 介護者が障害者・要介護者 ☐ 介護者が複数介護・看護している ☐ 上記以外で在宅生活 ☐ 本人は施設等で生活 ☐ 家族と同居(※高齢者世帯以外) ☐ 同居者は寝たきり等の方のみで入所希望者の介護は事実上不可能 ☐ 同居者は、障害・要介護者且つ複数介護・看護・育児の介護者と、これらを受ける方のみ ☐ 同居者は、障害・要介護者の介護者のみ ☐ 同居者は、複数介護・看護・育児の介護者と、これらを受ける方のみ ☐ 配偶者(介護者)のみ ☐ 未婚の子(介護者)のみ ☐ 介護者が、複数介護・看護・育児しているが、これらを受けない同居者がいる(※1) ☐ 上記以外の介護者ほか家族と同居(※1) ☐ 本人は施設等で生活		☐ 近隣に家族無し ☐ 近隣に家族がいる(隣接等以外) ☐ 障害・要介護者のみ ☐ 後期高齢者のみ ☐ 複数介護・看護・育児 ☐ 上記以外 ☐ 隣接等に家族がいる (※隣接等:敷地内、隣、道路向い) ☐ 障害・要介護者のみ ☐ 後期高齢者のみ ☐ 複数介護・看護・育児 ☐ 上記以外 ☐ 左欄の(※1)の場合 ☐ 本人は施設等で生活	
過去6ヶ月で最も多い生活場所 ☐ 在宅 ☐ 老健、療養型、介護医療院、1年以上病院に入院 ☐ 特定施設、グループホームほか ☐ 特養		備考(特別なことがあれば100字以内でご記入ください。)	
記入者 ☐ 在宅ケアマネ ☐ 施設ケアマネ・相談員、病院相談員 ☐ 民生委員 ☐ 主治医 ☐ その他()			

～ここまで記入終了後に市町村の窓口等へ提出してください～

【市町村記入欄】と【広域連合記入欄】は記入しないでください

[illegible]