

入 所 申 込 書

申込日	年 月 日
受付日	年 月 日

施設長 殿

申込代理人（手続きにお見えになった方）

フリガナ 氏 名		続 柄	
住 所	〒 - 【電話番号】 ()		

貴施設に入所したいので、次のとおり申し込みます。

フリガナ 氏 名		男 ・ 女	明 大 昭	年 月 日生 () 歳	
住 所	〒 - 【電話番号】 ()				
介護保険	被保険者番号	要介護度 1 2 3 4 5			
認定期間	年 月 日 から 年 月 日				
健康保険	種 別		記号・番号		
年 金 等	種 別				
現 況	<input type="checkbox"/> 自宅	病院又は 施設	名 称		
	<input type="checkbox"/> 入院中		住 所		
	<input type="checkbox"/> 入所中	入院又は入所期間		年 月 日～	
心 身 状 態	歩 行	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	
	排 泄	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	
		[おむつ使用]	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 夜のみ	<input type="checkbox"/> 昼夜
	食 事	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	
		[主食] <input type="checkbox"/> 普通食	<input type="checkbox"/> 軟食	<input type="checkbox"/> お粥	<input type="checkbox"/> ペースト食
		[副食] <input type="checkbox"/> 普通菜	<input type="checkbox"/> 一口台	<input type="checkbox"/> 刻み食	<input type="checkbox"/> ペースト食
	入 浴	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	
	着 脱 衣	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	
	視 力	<input type="checkbox"/> 普通	<input type="checkbox"/> 弱視	<input type="checkbox"/> 全盲	
	聴 力	<input type="checkbox"/> 普通	<input type="checkbox"/> やや難聴	<input type="checkbox"/> 難聴	
言 葉	<input type="checkbox"/> 普通	<input type="checkbox"/> 少し不自由	<input type="checkbox"/> 不自由		
問題行動	<input type="checkbox"/> 攻撃的行為	<input type="checkbox"/> 自傷行為	<input type="checkbox"/> 徘徊		
	<input type="checkbox"/> 不穏行動	<input type="checkbox"/> 不潔行為	<input type="checkbox"/> 異食行動		
	<input type="checkbox"/> その他 ()				
医療の状況	【現在治療中の病気・特記事項等】				

入所を希望する理由 ※該当するものをすべて選んでください	<input type="checkbox"/> 身寄りがなく介護者がいないため
	<input type="checkbox"/> 定期的な介護可能者が希望者の居住地と同一市町村及び隣接市町村外に住んでいる
	<input type="checkbox"/> 定期的な介護可能者が希望者の居住地と同一市町村及び隣接市町村内に住んでいる
	<input type="checkbox"/> 主介護者が病院等に長期入院中等の状況により、事実上介護が不可能
	<input type="checkbox"/> 主介護者が、要介護状態、病気療養中、障害を有するなどの状況にあり、十分な介護が困難
	<input type="checkbox"/> 主介護者が、要支援状態、高齢等の状況にあり、十分な介護が困難
	<input type="checkbox"/> 主介護者が、複数の介護や育児、または就業しているために十分な介護が困難
	<input type="checkbox"/> 介護者の身体的・精神的負担が大きい
	<input type="checkbox"/> 病院や他施設等から退院・退所を求められているが、在宅での介護が困難
	<input type="checkbox"/> 当施設を退所して長期入院した後、退院することになったが、在宅での介護が困難
<input type="checkbox"/> その他（ _____ ）	

家族の状況	氏名	続柄	年齢	職業	同居 別居	(別居の場合)	
	※主介護者には□にチェック					住所	電話番号
<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居		
<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居		
<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居		
<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居		
<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居		

身元引受人	氏名	続柄	年齢	職業	住所	電話番号

入所を希望する時期	<input type="checkbox"/> 今すぐ入所したい
	<input type="checkbox"/> _____ 年 _____ 月頃までには入所したい
申込状況	<input type="checkbox"/> 当該施設にのみ申込み <input type="checkbox"/> 他の施設にも申し込んでいる (他の施設名) _____ _____
特記事項	

担当ケアマネジャー	氏名		連絡先	
	事業所名			

説明確認欄	私は、入所申込みに際し、入所順位の決定方法について施設から説明を受けました。 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日 氏名： _____
-------	---

※被保険者証・直近3ヶ月分のサービス利用票及び別表の写しを添付してください