

## 指定介護老人福祉施設(特別養護老人ホーム)入所申込書

申込日	平成	年	月	日
受付日	平成	年	月	日

- 申し込みは事前に施設に連絡した上で、施設を訪問する、もしくは郵送により行って下さい。
- ケアマネジャーと契約している場合は、必ず相談した上で、お申し込み下さい。
- 申込後、本人及び介護者の状況に変動があった場合(要介護度が変わった、認知症の症状の程度が重くなった等)は、必ず申込みをした全ての施設へ連絡をお願いいたします。

※ この申込書に記入された内容については、特養入所待機者管理及び入所判定以外の目的には使用いたしません。

申込者	氏名	自宅	( )
	住所 〒 -	携帯	( )
		会社	( )

※施設からの郵便物は上記連絡先に送付いたしますので、施設からの連絡を受けることができる方を申込者としてください。  
 ※電話番号は日中連絡が取れる番号をご記入ください。

入所希望者の状況	フリガナ		性別		介護保険 被保険者番号									
	入所希望者 氏名		男・女		要介護	1	2	3	4	5				
	生年月日	明・大・昭 年 月 日( )歳	要介護 認定期間	平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで										
※要介護度1・2の方については、以下該当するものを必ず回答してください。 <input type="checkbox"/> 認知症である者であって、日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁に見られる。 <input type="checkbox"/> 知的障害・精神障害等を伴い、日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さ等が頻繁に見られる。 <input type="checkbox"/> 家族等による深刻な虐待が疑われること等により、心身の安全・安心の確保が困難である。 <input type="checkbox"/> 単身世帯である、同居家族が高齢又は病弱である等により家族等による支援が期待できず、かつ、地域での介護サービスや生活支援の供給が不十分である。														
	入所希望 時期	<input type="checkbox"/> 今すぐ入所したい <input type="checkbox"/> 平成 年 月頃までに入所したい <input type="checkbox"/> その他( )												
	経済状況	<input type="checkbox"/> 年金(国民・厚生・共済・他) 【月額】 円 ※2ヶ月に1度支給される額の半額 <input type="checkbox"/> 生活保護 <input type="checkbox"/> 仕送り <input type="checkbox"/> その他収入 ( ) 【月額】 円												
	負担限度額 認定証	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし (未申請・却下)												
入所希望者の居所	<input type="checkbox"/> 自宅	〒 -												
	<input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 介護老人保健施設	【病院名・施設名】												
	<input type="checkbox"/> 介護療養型医療施設 <input type="checkbox"/> 介護医療院	【所在地(市区町村)】												
	<input type="checkbox"/> グループホーム <input type="checkbox"/> ケアハウス	【入院・入所時期】 平成 年 月												
	<input type="checkbox"/> サービス付き高齢者向け住宅 <input type="checkbox"/> 有料老人ホーム	【退院・退所予定時期】 平成 年 月												
	<input type="checkbox"/> その他( )	【退院・退所後の居所】												

介護者の状況	主たる介護者	<input type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> 主な介護者が、要介護3～5で、他に介護者がいない <input type="checkbox"/> 主な介護者が、入院又は施設入所により3か月以上不在で、他に介護者がいない <input type="checkbox"/> いない							
	主たる介護者の状況	<input type="checkbox"/> 「障害」「重症の病気(がんや難病等)」「認知症」等により十分な介護が困難である <input type="checkbox"/> 要介護1～5の者、障害者手帳所持者又は重症の病人等を2名以上(入所希望者を含む)介護又は看護している → <input type="checkbox"/> 常時 <input type="checkbox"/> 半日 <input type="checkbox"/> 臨時 <input type="checkbox"/> 生計中心者として就労している    【就労時間                      時間/週】 <input type="checkbox"/> 未就学児の育児をしている → <input type="checkbox"/> 常時 <input type="checkbox"/> 半日 <input type="checkbox"/> 臨時 <input type="checkbox"/> 病気(上記項目の「重症の病気」以外)やケガ等の療養中である <input type="checkbox"/> 就学している <input type="checkbox"/> 主たる介護者の身体的・精神的負担が大きく十分な介護が困難である <input type="checkbox"/> 住宅改修が困難であるなど、居住環境の事情により十分な介護が困難である <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である							
	主たる介護者の介護負担	<input type="checkbox"/> 重い <input type="checkbox"/> やや重い <input type="checkbox"/> 軽い <input type="checkbox"/> 負担なし 【具体的な状況】							
	主たる介護者以外の者の介護	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有                      【頻度】                      時間/週 【具体的な状況】							
	その他意見	【介護をしている上で困っていること(経済状況、家庭状況含む)、入所を希望する理由等】							
家族等の状況	主たる介護者	氏名	続柄	同居・別居	年齢	職業	住所(市区町村)	入居希望者居所までの所要時間	
		<input type="checkbox"/>			同・別				1時間以上・1時間未満
		<input type="checkbox"/>			同・別				1時間以上・1時間未満
		<input type="checkbox"/>			同・別				1時間以上・1時間未満
		<input type="checkbox"/>			同・別				1時間以上・1時間未満
		<input type="checkbox"/>			同・別				1時間以上・1時間未満
		<input type="checkbox"/>			同・別				1時間以上・1時間未満
その他	他施設の申込状況	<input type="checkbox"/> 当施設のみ申込み <input type="checkbox"/> 他の施設も申込んでいる、または今後他の施設も申込み予定 【申込み済の施設数】                      件 (施設名:                      ) 【申込み予定の施設数】                      件 (施設名:                      )							
	部屋の希望	<input type="checkbox"/> 多床室 <input type="checkbox"/> 個室(従来型) <input type="checkbox"/> 個室(ユニット型) <input type="checkbox"/> どちらでもよい							

- 本入所申込書・状況申立書の内容を松戸市へ提供することに同意します。
- 本入所申込書・状況申立書の調査に関し、関係病院、担当ケアマネジャーに確認することに同意します。

入所希望者氏名 \_\_\_\_\_ 印

申込者氏名 \_\_\_\_\_ 印

## 指定介護老人福祉施設(特別養護老人ホーム)入所申込書

# 記入例

申込日	平成	年	月	日
受付日	平成	年	月	日

- 申込書は、施設から送られてくる、もしくは郵送により行って下さい。
  - ケーブルテレビ、インターネット等、お申し込み下さい。
  - 申込書は、施設から送られてくる、もしくは郵送により行って下さい。
- ※ 申込書は、施設から送られてくる、もしくは郵送により行って下さい。

**施設からの連絡を受けることができる方が記入してください**

申込者	氏名	自宅	( )
	住所 〒 -	携帯	( )
		会社	( )

※施設からの郵便物は上記連絡先に送付いたしますので、施設からの連絡を受けることができる方を申込者としてください。  
 ※電話番号は日中連絡が取れる番号をご記入ください。

	フリガナ	性別	介護保険被保険者番号
	入所希望者氏名	男・女	要介護 1・2・3・4・5
	生年月日	明・大・昭 年 月 日( )歳	要介護認定期間 平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで
入所希望者の状況	※要介護度1・2の方については、以下該当するものを必ず回答してください。 <input type="checkbox"/> 認知症である者であって、日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁に見られる。 <input type="checkbox"/> 知的障害・精神障害等を伴い、日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さ等が頻繁に見られる。 <input type="checkbox"/> 家族等による深刻な虐待が疑われること等により、心身の安全・安心の確保が困難である。 <input type="checkbox"/> 単身世帯である、同居家族が高齢又は病弱である等により家族等による支援が期待できず、かつ、地域での介護サービスや生活支援の供給が不十分である。		
	入所希望時期	<input type="checkbox"/> 今すぐ入所したい <input type="checkbox"/> 平成 年 月頃までに入所したい <input type="checkbox"/> その他( )	
	経済状況	<input type="checkbox"/> 年金(国民・厚生・共済・他) 【月額】 円 ※2ヶ月に1度支給される額の半額 <input type="checkbox"/> 生活保護 <input type="checkbox"/> 仕送り <input type="checkbox"/> その他収入 ( ) 【月額】 円	
	負担限度額認定証	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし (未申請・却下)	
入所希望者の居所	<input type="checkbox"/> 自宅	〒 -	
	<input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 介護老人保健施設	【病院名・施設名】	
	<input type="checkbox"/> 介護療養型医療施設 <input type="checkbox"/> 介護医療院	【所在地(市区町村)】	
	<input type="checkbox"/> グループホーム <input type="checkbox"/> ケアハウス	【入院・入所時期】 平成 年 月	
	<input type="checkbox"/> サービス付き高齢者向け住宅 <input type="checkbox"/> 有料老人ホーム	【退院・退所予定時期】 平成 年 月	
<input type="checkbox"/> その他( )	【退院・退所後の居所】		

介護者の状況	主たる介護者	<input type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> 主な介護者が、要介護3~5で、他に介護者がいない <input type="checkbox"/> 主な介護者が、入院又は施設入所により3か月以上不在で、他に介護者がいない <input type="checkbox"/> いない							
	主たる介護者の状況	<input type="checkbox"/> 「障害」「重症の病気(がんや難病等)」「認知症」等により十分な介護が困難である <input type="checkbox"/> 要介護1~5の者、障害者手帳所持者又は重症の病人等を2名以上(入所希望者を含む)介護又は看護している → <input type="checkbox"/> 常時 <input type="checkbox"/> 半日 <input type="checkbox"/> 臨時 <input type="checkbox"/> 生計中心者として就労している 【就労時間 時間/週】 <input type="checkbox"/> 未就学児の育児をしている → <input type="checkbox"/> 常時 <input type="checkbox"/> 半日 <input type="checkbox"/> 臨時 <input type="checkbox"/> 病気(上記項目の「重症の病気」以外)やケガ等の療養中である <input type="checkbox"/> 就学している <input type="checkbox"/> 主たる介護者の身体的・精神的負担が大きく十分な介護が困難である <input type="checkbox"/> 住宅改修が困難であるなど、居住環境の事情により十分な介護が困難である <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である							
	主たる介護者の介護負担	<input type="checkbox"/> 重い <input type="checkbox"/> やや重い <input type="checkbox"/> 軽い <input type="checkbox"/> 負担なし 【具体的な状況】							
	主たる介護者以外の者の介護	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有    【頻度】 時間/週 【具体的な状況】							
	その他意見	【介護をしている上で困っていること(経済状況、家庭状況含む)、入所を希望する理由等】 <div style="border: 2px solid blue; border-radius: 25px; padding: 20px; text-align: center; margin: 10px 0;">要介護1・2の方が入所申込みをする場合は 「居宅において日常生活を営むことが困難な理由」 をこの欄に記載してください。</div>							
家族等の状況	家族・近隣者等	<input type="checkbox"/>	氏名	続柄	同居・別居	年齢	職業	住所(市区町村)	入居希望者居所まで所要時間
		<input type="checkbox"/>			同・別				1時間以上・1時間未満
		<input type="checkbox"/>			同・別				1時間以上・1時間未満
		<input type="checkbox"/>			同・別				1時間以上・1時間未満
		<input type="checkbox"/>			同・別				1時間以上・1時間未満
		<input type="checkbox"/>			同・別				1時間以上・1時間未満
その他	他施設の申込状況	<input type="checkbox"/> 当施設のみ申込み	<input type="checkbox"/> 他の施設も申込んでいる、または今後他の施設も申込み予定						
		申込み済の施設数】	件(施設名: )						
主たる介護者にチェックしてください		申込み済の施設数】	件(施設名: )						
		<input type="checkbox"/> 個室(従来型)	<input type="checkbox"/> 個室(ユニット型)						

主たる介護者に  
チェックしてください

別居の場合に記入  
してください

入所希望者氏名 \_\_\_\_\_ 印

申込者氏名 \_\_\_\_\_ 印

内容を松戸市へ提供することに同意します。  
査に関し、関係病院、担当ケアマネジャーに確