

標準入所申込書

特別養護老人ホーム
豊明苑 施設長 様

令和 年 月 日

入所希望者（申込者）		整理番号	
フリガナ		保険者	
氏名		被保険者番号	
生年月日	明・大・昭 年 月 日	要介護度	3・4・5
性別	男・女	(特例)	(1・2)
認定有効期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日		
現住所	〒 電話番号 ()		
給付制限			
認定審査 会意見			

注：介護保険証から転記してください。なお、コピーを添付した場合は記載不要です。

申込代理者（申込者が本人でない場合は、下の欄にお書きください。）又は連絡先

氏名		入所希望者との続柄	
住所	〒 電話番号 ()		

介護保険法令に基づき要介護の認定を受けましたので、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・不急	申込予定	貴施設のみ・他にも申込み ヶ所（予定）
希望事項	(該当するものすべてに☑印を記入してください) <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 単身世帯のため介護者がいない、または介護者が入院等で介護ができない <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（詳細を8欄に記入） <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 その他の理由（具体的にお書きください。不足する場合は裏面等余白に御記入ください。）		
	(要介護1・2の方が入所するためには下記のいずれかに該当することが必要です。ご自身の判断で該当すると思われる項目に☑印をつけてください。) <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等が頻繁に見られる <input type="checkbox"/> 知的障害・精神障害等を伴い、日常生活に支障をきたすような症状・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		

	<p>(申込者、申込代理者記入)</p> <p><input type="checkbox"/> 特例入所の要件に該当しているので申立てる</p> <p><input type="checkbox"/> 特例入所の要件に該当していないので申立てない</p> <p>※なお、特例入所の要件に該当している旨の申立てがない場合は、施設側で判断させていただきます</p>
--	---

同意及び説明確認	<p>入所希望者、介護者を円滑に支援するために、市町村・ケアマネージャー等にこの申込内容を情報提供し、また情報提供を受けることに同意します。</p> <p>また、入所申込みから入所契約までの手続き及び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。</p> <p>令和 年 月 日 入所希望者（申込者）又は申込代理者</p> <p style="text-align: right;">氏名 印</p>
----------	--

事務処理欄 (生活相談員記入)

申込日： 令和 年 月 日	受付者：
受付方法： 来所・郵便・その他	受付簿記入日： 令和 年 月 日
入所基準（申込受付日） 基準・特例	特例事由市町村確認（入所選考前日までに記入） 令和 年 月 日 該当 有・無
入所選考日 令和 年 月 日	市町村の意見： 担当者：