

申込時必要書類

- 指定介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）入所申込書
- 入所についての介護支援専門員意見書（事業所へ依頼）
- 直近3ヶ月の「サービス利用表」（写） 介護サービスを利用されている方のみ（在宅サービス）
- 直近3ヶ月の「サービス利用表別表」（写） // （在宅サービス）
- 介護保険被保険者証（写）
- 介護保険負担割合証（写）
- 基本情報（診断名、病歴、生活歴等）

指定介護老人福祉施設(特別養護老人ホーム)入所申込書

別紙1-1

指定介護老人福祉施設(特別養護老人ホーム)を利用したいので、次のとおり申し込みます。

◎ 入所申込者				
(フリガナ)		性 別	被保険者番号	
氏 名	印	男・女	要 介 護 度	3 ・ 4 ・ 5
生 年 月 日	明 治	大 正	昭 和	要 介 護 認定有効期間
	年	月	日 () 歳	
現住所	〒 -			

◎ 入所申込者の状況	
現 況	<input type="checkbox"/> 自宅で一人で暮らしている <input type="checkbox"/> 自宅で家族と暮らしている <input type="checkbox"/> 施設や病院に入っている
	◇施設名又は病院名: _____ ◇所在地(市町名のみ): _____
	◇入所又は入院時期: 平成・令和 年 月 から入所・入院 している
入所を希望する理由 <small>(該当するものすべてを選んで下さい)</small>	<input type="checkbox"/> 介護する者がいないため。
	<input type="checkbox"/> 介護する者が「高齢」、「障害」、「疾病」、等により十分な介護が困難なため。
	<input type="checkbox"/> 介護者が就労していることから、十分な介護が困難なため。
	<input type="checkbox"/> 介護者の身体的・精神的負担が大きく十分な介護が困難なため。
	<input type="checkbox"/> 居住環境の事情により十分な介護が困難なため。
<input type="checkbox"/> 施設や病院等から退所を求められているが、自宅での介護が困難なため。	
<input type="checkbox"/> その他(_____)	
医療の状況	<input type="checkbox"/> 経管栄養(鼻腔・胃ろう) <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> インシュリン注射
	<input type="checkbox"/> バルーン <input type="checkbox"/> ストマー <input type="checkbox"/> その他(_____) 【現在治療中の病気・特記事項等】
申込の状況	<input type="checkbox"/> 当施設のみ申し込む <input type="checkbox"/> 他の施設も申し込んでいる、又は今後他の施設も申し込む予定。
	◇既に申し込んでいる他の施設名(_____)(_____)(_____) ◇今後申し込む予定の他の施設名(_____)(_____)(_____)

◎ 主たる介護者			
(フリガナ)		性 別	本人との関係
氏 名		男	生 年 月 日
		女	大 正 ・ 昭 和 ・ 平 成 年 月 日
同居、別居の区分	<input type="checkbox"/> 同居している <input type="checkbox"/> 別居している(住所: _____)		
意 見	【介護をしているうえで困っていること等】		

◎ 同意書

今後の長崎県及び関係市町の高齢者対策の参考とするため、必要がある場合はこの申込書の内容を長崎県及び関係市町に報告することに同意します。

令和 年 月 日

入所申込者 (印)
代理人 (印)

※「被保険者証(写)」・直近3ヶ月の「サービス利用票(写)」・「サービス利用票別表(写)」を添付して下さい。

新規	更新
----	----

申込日	令和 年 月 日
受付日	令和 年 月 日
有効期限	令和 年 月 日

連絡先 (今後、郵便物等はこの連絡先にお送りさせていただきます。)

〒 :	-		
住所:			
氏名:		本人との関係	
電話番号:	(_____)		
携帯電話番号:	(_____)		

指定介護老人福祉施設(特別養護老人ホーム)を利用したいので、次のとおり申し込みます。

◎ 入所申込者						
(フリガナ)		性 別	被保険者番号			
氏 名	印	男・女	要 介 護 度	1 ・ 2		
生 年 月 日	明治 大正 昭和 年 月 日 ()歳	要 介 護 認定有効期間	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで			
現住所	〒 -					

◎ 入所申込者の状況	
現 況	<input type="checkbox"/> 自宅で一人で暮らしている <input type="checkbox"/> 自宅で家族と暮らしている <input type="checkbox"/> 施設や病院に入っている ◇施設名又は病院名: ◇所在地(市町名のみ): ◇入所又は入院時期:平成・令和 年 月 から入所・入院 している
居宅において日常生活を営むことが困難な理由	※申込者の身体の状況及び生活環境、介護者の身体状況や生活実態を含め、具体的に記入してください。 ※また、下記要件にあたる場合は、必ず印をつけてください。 <input type="checkbox"/> 認知症であるものであって、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受けられる。 <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が頻繁に見受けられる。 <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・安心に確保が困難である。 <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、地域の介護サービスや生活支援の供給が不十分である。
医療の状況	<input type="checkbox"/> 経管栄養(鼻腔・胃ろう) <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> インシュリン注射 <input type="checkbox"/> バルーン <input type="checkbox"/> ストマー <input type="checkbox"/> その他() 【現在治療中の病気・特記事項等】
申込の状況	<input type="checkbox"/> 当該施設のみ申し込む <input type="checkbox"/> 他の施設も申し込んでいる、又は今後他の施設も申し込む予定。 ◇既に申し込んでいる他の施設名()() ◇今後申し込む予定の他の施設名()()

◎ 主たる介護者			
(フリガナ)	性 別	本人との関係	
氏 名	男	生 年 月 日	大正・昭和・平成 年 月 日
	女		
同居、別居の区分	<input type="checkbox"/> 同居している <input type="checkbox"/> 別居している(住所:)		
意見	【介護をしているうえで困っていること等】		
◎ 同意書 今後の長崎県及び関係市町の高齢者対策の参考とするため、必要がある場合はこの申込書の内容を長崎県及び関係市町に報告することに同意します。 令和 年 月 日 入所申込者 (印) 代理人 (印)			

※「被保険者証(写)」、直近3ヶ月の「サービス利用票(写)」、「サービス利用票別表(写)」を添付して下さい。

新規	更新
----	----

申込日	令和 年 月 日
受付日	令和 年 月 日
有効期限	令和 年 月 日

連絡先 (今後、郵便物等はこの連絡先にお送りさせていただきます。)

〒 :	-	
住所:		
氏名:	本人との関係	
電話番号:	()	
携帯電話番号:	()	

介護支援専門員等意見書

入所申込者氏名	
---------	--

1. 本人の状況

要介護度	1	・	2	・	3	・	4	・	5								
認知症による不適応行動	非常に多い		やや多い		少しあり				なし								
障害高齢者の日常生活自立度	自立	・	J1	・	J2	・	A1	・	A2	・	B1	・	B2	・	C1	・	C2
認知症高齢者の日常生活自立度	自立	・	I	・	IIa	・	IIb	・	IIIa	・	IIIb	・	IV	・	M		

2. 在宅サービス利用度

在宅サービス限度額割合	60%以上	50%以上	30%以上	30%未満
-------------	-------	-------	-------	-------

3. 主たる介護者・家族等の状況

世帯の状況	独居	高齢者世帯	その他()
介護者の年齢・続柄	歳 ・ 続柄()		
介護者の介護負担	重い	やや重い	軽い 負担なし
介護者が障害や疾病	有 ・ 無 ()		
介護者の就労	有 ・ 無 (職種等)		
	日 / 週		時間 / 日
介護者の育児、 家族の病気	有 ・ 無 ()		
主たる介護者以外の 介護協力	有 ・ 無 (続柄)		
			日 / 週程度
	* 1日あたりの目安は、2時間程度以上又は、頻回以上とする。		

4. 他の要介護者による評価の調整

他の要介護者	有 ・ 無 (要支援 ・ 要介護 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5)
--------	---------------------------------------

5. 入所についての介護支援専門員等の意見

--

事業所名
記載者氏名 印

注意)意見書作成にあたっては、別紙3-2<評価基準における状況評価上の留意事項>を参照の上記入のこと

様

入所前情報

令和 年 月 日 記載

生活暦		記入欄
1	出生地	
2	ご兄弟の人数	性別 : 人数 : () 人 兄妹の () 番目 現在のご兄弟の状況 ;
3	幼少期の状況	生活状況 :
4	ご本人様の職業内容	結婚前 : 結婚後 :
5	ご結婚年齢	
6	配偶者様の状況	ご職業 : 生活状況 :
7	お子様の性別及び人数	性別 : 人数 :
8	お子様のご職業	ご関係 : 勤務先 : 現役 / 退職 ご関係 : 勤務先 : 現役 / 退職 ご関係 : 勤務先 : 現役 / 退職 ご関係 : 勤務先 : 現役 / 退職
	退職されている方は、退職前の職業を記入ください	
9	退職後の生活状況	
10	最近5年間の生活状況	
11	同居時期	同居している / 同居していない (昭和 ・ 平成 ・ 令和) 年 月 日より同居

人物像		記入欄
12	趣味・楽しみ	
13	特技	
14	性格	

日 課

6:00	9:00	12:00	15:00	18:00	21:00

病 歴		記入欄			
15	診断名	病 名/診断先	診 断 年月日	病 名/診断先	診 断 年月日
16	既往歴	病 名/入院歴	受 傷 年月日	病 名/入院歴	受 傷 年月日
17	主治医	病院名 : 診療科目名 :			
		医師名 :			
18	その他掛かりつけ病院 (眼科、耳鼻咽喉科、皮膚科、 泌尿器科等)	病院名 : 診療科目名 :			
		病院名 : 診療科目名 :			
		病院名 : 診療科目名 :			
		病院名 : 診療科目名 :			