

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	
受付日	

※今後郵送物等は下記に送付させていただきます。

(居宅サービス担当介護支援専門員)

所属	
	電話
氏名	

申込者連絡先	住所	〒	
	氏名		続柄 ()
	電話番号		

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

本人の状況	申し込み先 (入所希望施設)	・多床室 ・ユニット型個室		※保険者	
	(フリガナ) 氏名		性別	被保険者番号	
	要介護認定期間	平成	年	月	日
	生年月日	歳			
	現住所	〒			
	現況	<input type="checkbox"/> 自宅でひとりで暮らしている <input type="checkbox"/> 自宅で家族と暮らしている <input type="checkbox"/> 施設等（介護保険施設・高齢者向け住まい・医療機関等） 施設・病院などの名前 所在地（市町村名のみ）			
	入所を希望する理由 (該当するもの全てを選んで下さい)	<input type="checkbox"/> 介護者がいないため <input type="checkbox"/> 介護者が高齢、障害、疾病などにより、十分な介護が困難であるため <input type="checkbox"/> 介護者が就労しているため、十分な介護が困難であるため <input type="checkbox"/> 介護者の身体的・精神的負担が大きく、十分な介護が困難であるため <input type="checkbox"/> 居住環境の事情により、十分な介護が困難であるため <input type="checkbox"/> 施設などから退所を求められているが、自宅での介護が困難であるため <input type="checkbox"/> 介護保険・居宅サービスが支給限度額を超え、経済的負担が大きいため			
	入所時期	<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			
	医療の状況	<input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> インシュリン注射 <input type="checkbox"/> 結核・感染症 <input type="checkbox"/> 喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 人工透析 <input type="checkbox"/> その他 () 《現在治療中の病気など特記事項》			
	申込状況	<input type="checkbox"/> 本施設のみ <input type="checkbox"/> 他の施設にも申し込んでいる（申し込む予定）			
主たる介護者	(フリガナ) 氏名	性別	本人との関係		
	同居の区分	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居 (住所:)			
	意見	《介護をしている上で困っていることなど》			
今後、施設への入所を円滑にすすめ、介護保険施策の参考にするため、この申込書の内容を必要に応じて行政機関（市町村又は和歌山県）に報告することに異議なく同意します。 平成 年 月 日 本人又は介護者の氏名 印					

※ 保険者欄は、介護保険被保険者証に記載されている保険者の名称を転記してください。

※ 介護保険被保険者証（写）、最近3か月分のサービス利用票（写）及びサービス利用票別表（写）を添付してください。

特例入所の要件に該当する事由について

【該当する事由に印をつけて下さい】

- ① 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みられる
- ② 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みられる
- ③ 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
- ④ 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

【該当する事由の具体的内容について記入して下さい】

【備 考】

指定介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）入所調査票

入所申込者（本人）氏名		被保険者番号	
受付番号		保険者	

作成者	所属	職種	
	電話	氏名	

合計点数	点	作成年月日	
------	---	-------	--

【本人の心身の状況】

		認知症高齢者の日常生活自立度						得点 (最高30点)
		M	Ⅳ	Ⅲ	Ⅱ	I	なし	
要介護度	5	30	30	30	30	25	25	
	4	30	30	30	30	25	25	
	3	30	30	30	30	20	20	
	2	30	30	30	25	15	15	
	1	25	20	20	15	15	10	

※状況説明（身体や認知症、視覚・聴覚若しくは言語機能障害、知的障害、精神障害等についても記入して下さい。）

【介護者の状況】

① 介護者の介護負担	重い	10	TOTAL (最高40点) 点	
	やや重い	7		
	軽い	4		
② 介護者の障害、疾病、就業等で介護が困難	介護困難	10		
	やや困難	7		
	可能	4		
③ 介護者の介護状況及び実情	余裕がない	介護拒否		10
	あまり余裕がない	消極的		7
	余裕がうかがえる	やや消極的		4
④ 介護協力者の介護状況及び実情	拒否的	なし		10
	消極的	不十分	7	
	やや消極的	やや不十分	4	

※介護者が全くいない。介護者が遠距離で支援が望めない場合、①～③までを最高点[30点]とする。
介護老人保健施設等に入所（入院）中で退所（退院）を迫られている場合で在宅での生活が不可能の場合には①～④までを最高点[40点]とする。

※状況説明（介護の状況などについて記入して下さい。）

被保険者番号

【経済的な負担能力】

負担限度額階層	第1・2段階	10	点
	第3段階	7	
	その他	4	

【特例入所要件（要介護1又は2の方のみ）】

※該当する番号に印をつけて下さい。

- ① ③ 該当なし
 ② ④

【居宅サービスの利用率】

居宅サービスの利用率	6割以上	10	点
	4～6割未満	8	
	4割以下	6	

※施設等に入所中（6点） 施設等から退所を迫られている（8点）

※状況説明（現在利用しているサービスや、入院や入所の期間などの状況について記入してください）

【その他特記すべき事項】

※生活環境。家族関係等で特記すべき事を記入して下さい。

○生活環境	点数	特記事項 (最高10点)
生活環境が劣悪である	5	
生活環境が悪化している	3	
生活環境は特に問題ない	1	
○家族関係等	点数	点
家族関係が劣悪又は崩壊している (家族等による深刻な虐待がある、又は、家族等による虐待が疑われる)	5	
家族関係が希薄である	3	
家族関係が良好又は保持されている	1	

【本申請に至った経緯】

【医療の特記事項】