

申込日	年 月 日
申込方法	郵便 来所

東三河広域連合内特別養護老人ホーム入所申込書

特別養護老人ホーム

[ ] 施設長 様

希望する部屋 多床型・ユニット型

※入所希望者本人の心身の状況を把握している方が太線内をご記入下さい。ご不明な場合はケアマネージャーなどにご相談ください。

入所申込者(本人)の状況	フリガナ		性別	要介護度	1 ・ 2
	氏名		男 女		→裏面「特例入所該当申出」記載下さい。
	生年月日	明・大・昭 年 月 日	年齢	保険者	3 ・ 4 ・ 5
	電話番号	- -		被保険者番号	
	住所(住民票)	〒 -		認定有効期間	年 月 日 ~ 年 月 日
	現在の居住地	<input type="checkbox"/> 住所と同じ <input type="checkbox"/> 病院・施設 <input type="checkbox"/> その他			
	医療状況	<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"/> その他			

↓担当のケアマネージャーについて記載してください。

ケアマネ	氏名		事業所名	
	電話番号		ファックス番号	

同意及び説明確認欄	・入所申込みから入所契約までの手続き、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。 ・申込後に保険者に「要介護認定申請書」を提出した時には、速やかに、必ず認定後交付された「介護保険被保険者証」を施設に提示します。 ・申込後に状態の変化、入所が不要となった場合、記載内容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。 ・入所希望者・介護者を円滑に支援するため、東三河広域連合・市町村・ケアマネージャー等と入所に関する必要な情報等を共有することに同意します			
	平成 年 月 日	入所申込者(本人) 氏名		印

↓今後の連絡先・送付先 本人に代わってこの申込(届出)書を記入された場合は、次の欄を記入して下さい。

申込代行者	フリガナ		本人との関係	
	氏名		電話	- -
	住所	〒 - 同居・別居	番号	- -

事務処理欄

受付NO	受付日	受付入力	判定日	判定結果	特例該当申出
					有 無

受付者氏名

申し込み理由・入所を急ぐ理由	該当するものすべてにチェックをし、具体的な状況を記入して下さい。	
	<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 寝たきり等により、日常生活全般に介護が必要。 <input type="checkbox"/> 3 認知症等により、常時の見守り・介護が必要。 <input type="checkbox"/> 4 施設や病院などから退所を求められているが、自宅での介護が困難。 <input type="checkbox"/> 5 介護者がいない。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。 <input type="checkbox"/> 7 その他の理由 ( )	
	具体的状況	
	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。
申し込み予定	<input type="checkbox"/> 当該施設のみ <input type="checkbox"/> 他の施設も申し込んでいる。または申し込む予定。	

以下 要介護1・2の申込者のみ記載

特例入所該当申出書

↓ 該当するものすべての欄にチェックをして下さい。

↓ チェックした項目について記載。

特例入所の要件	参考事項
認知症である者であって、日常生活に支障をきたす様な症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁に見られる。	「主治医意見書」認知症高齢者日常生活自立度 自立 I IIa IIb IIIa IIIb IV M
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。	療育手帳（判定） 精神障害者保健福祉手帳 障害支援区分      3以下 4 5 6 度 級
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・安心の確保が困難な状態であること。	虐待の疑い      有 ・ 無 警察・行政への相談      有 ・ 無
単身世帯であるまたは、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の供給が不十分である。	独居 同居家族高齢 同居家族病弱 サービス利用 有 ・ 無

チェックした項目について具体的な状況を記載して下さい。

施設記入欄	変更申請提出状況・予定    年    月    日	確認年月日    年    月    日
-------	----------------------------	----------------------