

申込日	年	月	日	受付日	年	月	日
-----	---	---	---	-----	---	---	---

様式第1号（第2条関係）

特別養護老人ホーム光和入所申込書

申込者氏名 入所希望者から見た続柄（ ）

住 所

電話番号

入所したいので、関係書類を添えて申し込みます。

フリガナ		性別	生年月日
入所希望者氏名		男 女	大正・昭和 年 月 日 (歳)
現住所	郵便番号	電話番号 ()	
被保険者番号			保険者名
要介護認定の状況	<input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5		
	認定期間 年 月 日 ~ 年 月 日		
担当の居宅介護支援事業所	事業所の名称		担当者氏名
	〒番号 ()		
居宅サービスの利用状況等	添付資料のとおり		
現在の居所	<input type="checkbox"/> 自宅		
	<input type="checkbox"/> 施設（病院）へ入所（入院）中 (名称) 年 月 日～		
現在の医療状況	<input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> カテーテル <input type="checkbox"/> ストーマ <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> インシュリン <input type="checkbox"/> 透析 <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> その他 () <現在治療中の病名> 有 ・ 無 ()		
過去の入所・入院の状況	名称	病名	年 月 日～ 年 月 日
	名称	病名	年 月 日～ 年 月 日
	名称	病名	年 月 日～ 年 月 日
入所を希望する理由（該当するすべての事項の□にレをつけてください。）	<input type="checkbox"/> 介護者がいないため <input type="checkbox"/> 介護者が高齢、障害、疾病等のため <input type="checkbox"/> 介護者が就労しているため <input type="checkbox"/> 介護者が不在となる時間があり、不安を抱えているため <input type="checkbox"/> 居宅サービスの限度額を超えており、経済的負担が大きいため <input type="checkbox"/> 介護者の身体的、精神的負担が大きいため <input type="checkbox"/> 現在入院（入所）している病院（施設）を求められており、在宅生活が困難であるため（年 月 日頃退院（退所）予定） <input type="checkbox"/> いずれ施設への入所を必要とするため <input type="checkbox"/> その他 ()		該当する在宅での日常生活で困難な事由（要介護1又は要介護2の者は必ず記入してください） <input type="checkbox"/> 認知症で、日常生活に支障を来すような症状・行動や意志疎通の困難さが頻繁にみられる。 <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・行動や意志疎通の困難さが頻繁にみられる。 <input type="checkbox"/> 家族等による深刻な虐待等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"/> 単身である、又は、同居家族が高齢・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"/> 今すぐに入所を希望する <input type="checkbox"/> 年 日頃までに入所を希望する		

申込日	年	月	日	受付日	年	月	日
-----	---	---	---	-----	---	---	---

様式第1号 (第2条関係)

特別養護老人ホーム光和入所申込書

記入例

申込者氏名 長野一男 入所希望者から見た続柄 (夫)
住 所 長野市三輪100-15
電話番号 026-222-9999

入所したいので、関係書類を添えて申し込みます。

フリガナ	ナガノサチコ	性別	生年月日				
入所希望者氏名	長野幸子	男 <input type="radio"/> 女 <input checked="" type="radio"/>	大正 <input type="radio"/> 昭和 <input checked="" type="radio"/>	12年	4月	1日	(90 歳)
現住所	郵便番号 380 — 0816	電話番号 (026)	226 — 4911				
	長野市三輪100-15	認定変更等を申請中の方は、現在の状況で記入し、変更決定後に結果をご連絡下さ					
被保険者番号	1234567890	長野市					
要介護認定の状況	<input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要介護3 <input checked="" type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5						
	認定期間 令和元年 5月 1日 ~ 令和元年 11月 30日						
担当の居宅介護支援事業所	事業所の名称			担当者氏名			
	居宅介護支援事業所〇〇〇 TEL番号 (026) 222 — 3333			長野初子			
居宅サービスの利用状況等	添付資料のとおり						
現在の居所	<input checked="" type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 施設 (病院) へ入所 (入院) 中 (名称) 年 月 日 ~						
現在の医療状況	<input checked="" type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> カテーテル <input type="checkbox"/> ストーマ <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> インシュリン <input type="checkbox"/> 透析 <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> その他 () <現在治療中の病名> <input checked="" type="radio"/> 有 ・ 無 (脳梗塞後遺症)						
過去の入所・入院の状況	名称	長野市民病院	病名	脳梗塞	H30年12月10日~H31年2月5日		
	名称		病名		年 月 日 ~ 年 月 日		
	名称		病名		年 月 日 ~ 年 月 日		
入所を希望する理由 (該当するすべての事項の□にレをつけてください。)	<input type="checkbox"/> 介護者がいないため <input checked="" type="checkbox"/> 介護者が高齢、障害、疾病等のため <input type="checkbox"/> 介護者が就労しているため <input type="checkbox"/> 介護者が不在となる時間があり、不安を抱えているため <input checked="" type="checkbox"/> 居宅サービスの限度額を超えており、経済的負担が大きいため <input type="checkbox"/> 介護者の身体的、精神的負担が大きいため <input type="checkbox"/> 現在入院 (入所) している病院 (施設) を求められており、在宅生活が困難であるため (年 月 日頃退院 (退所) 予定) <input type="checkbox"/> いずれ施設への入所を必要とするため <input type="checkbox"/> その他 ()		該当する在宅での日常生活で困難な事由 (要介護1又は要介護2の者は必ず記入してください)		<input checked="" type="checkbox"/> 認知症で、日常生活に支障を来すような症状・行動や意志疎通の困難さが頻繁にみられる。 <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・行動や意志疎通の困難さが頻繁にみられる。 <input type="checkbox"/> 家族等による深刻な虐待等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"/> 単身である、又は、同居家族が高齢・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 checked="" type="checkbox"/> 今すぐに入所を希望する <input type="checkbox"/> 年 日頃までに入所を希望する						

入所判定に当たって特に配慮して欲しい事項
(出来るだけ具体的に、詳細に記入してください)

(記入例) 現在デイサービスを中心にサービスを利用しているが、介護者が就業しており昼間の時間帯が不在であるため、将来的に在宅生活に不安を感じている。

他の施設への申込状況

申込施設の名称
(○○○○○ホーム) (△△△△園) ()

主たる介護者の状況	フリガナ	ナガノカズオ	性別	生年月日		
	氏名	長野一男	<input checked="" type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女	大正	<input checked="" type="radio"/> 昭和	9年8月1日(95歳)
	住所	〒 —			要介護認定の有無	<input checked="" type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無
		電話番号 () —			要介護状態区分	要介護1
	同居別居の区分	<input checked="" type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居				
入所希望者から見た続き柄	<input checked="" type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> 子の配偶者 <input type="checkbox"/> 兄弟姉妹 <input type="checkbox"/> その他 ()					

主たる介護者以外の家族等の状況	氏名	年齢	続柄	同居別居	居住地	備考
	(記入例) ○ ○ ○ ○	50	子	同 <input checked="" type="radio"/> 別	長野市	
	-----			同 別	-----	
	-----			同 別	-----	
	-----			同 別	-----	
	-----			同 別	-----	

添付書類

- 介護保険被保険者証の写し
- 別紙 情報提供書
- 過去3箇月の介護保険サービス利用実績表の写し
- 認定調査票のうち、認知症高齢者の日常生活自立度が記載された部分の写し又は主治医意見書の写し

1及び2の添付書類をご用意ください。3及び4の書類は、下欄の同意書により同意いただければ、当施設が市町村から書類を取り寄

個人情報に関する同意及び説明確認欄

私は、介護保険者及び居宅介護支援事業者が保有する私の個人情報を入所希望施設へ提供することに同意します。また、入所申込に際し、入所申込から入所契約までの入所決定方法について、施設の担当者から説明を受けました。

令和元年10月25日

入所希望者氏名 長野幸子

申込者氏名 長野一男