（様式1）

【□特例（要介護1又は2） □要介護3～5】

受付日 令和　年　月　日

入　所　申　込　書

施設名	

施設に入所したいので、次のとおり申し込みます。

同意欄	**入所判定及び入所待機者の状況把握に必要な場合は、施設が市町村、地域包括支援センター、居宅介護支援事業所、他の介護保険施設・事業所等から、必要な情報を得ることに同意します。** **また、施設が行政機関等からの求めに応じて情報提供することに同意します。** **令和　年　月　日** **本人氏名**＿＿＿＿＿＿＿＿　**申請者（代筆者）**＿＿＿＿＿＿＿＿　**続柄（　）**

※「同意欄」はコピー不可

申請者（連絡先）	〒　－ 住所	氏名
		電話　（　）
		携帯電話　（　）

入所申込者						
	フリガナ		性別	保険者		
	氏名	印	男・女	被保険者番号		
	生年月日	明・大・昭　年　月　日		要介護状態区分	要介護（1・2・3・4・5）	
	現住所	〒　－		要介護認定有効期間	令和　年　月　日から 令和　年　月　日まで	
	居住状況	□自宅	□ひとり暮らし			
			□介護困難家族等と同居	□高齢者（65歳以上）のみ世帯 □家族が障害や疾病 □家族が就労 □他の家族等の世話（育児等） □その他（　）		
			□介護可能家族等と同居			
		□介護老人保健施設　□介護療養型医療施設　□介護療養型医療施設以外の病院 □グループホーム　□ケアハウス（□特定施設）　□有料老人ホーム（□特定施設） □サービス付き高齢者向け住宅（□特定施設）　□養護老人ホーム（□特定施設） □その他（施設名等：　）				
		※別居家族（　□介護困難　□介護可能　□別居家族なし　）				
	住環境	□車いすを使用しているが、住居の廊下等の構造が適していないため、介護が困難 □住居の便所、浴室、階段等の形態や構造が適していないため、介護が困難 □その他（　）				
	特例入所理由	**〔要介護1又は2の入所申込者のみ記入〕** **※施設以外での生活が著しく困難な理由を記載（認知症・知的障害・精神障害等、家族等による深刻な虐待、単身世帯、同居家族が高齢等により、在宅生活が困難な状態であるかがわかるように）**				

入所申込者	入所希望時期	□今すぐ入所したい □6ヶ月以内に入所したい □1年以内に入所したい □令和　　年　　月頃(まで・以降)に入所したい □とりあえず申し込みたい				
	医療の状況	□経管栄養　□胃ろう　□IVH　□インシュリン注射　□じょく瘡(床ずれ)　□在宅酸素 □バルーンカテーテル　□人工肛門　□人工膀胱　□その他(　　)				
	特養申請状況	□当該施設のみの申請 □他の施設にも申請している(申請している施設名:　　) (申込時期:　　年　　月　　日)				
主介護者	フリガナ		性 別	本人との関係		
	氏　名		男・女	生 年 月 日	大・昭・平　　年　　月　　日	
	同居有無	□同居している　□別居している　□その他(　　)				
同居家族	氏　名			年　齢		本人との関係
	氏　名			年　齢		本人との関係
	氏　名			年　齢		本人との関係
	氏　名			年　齢		本人との関係
	氏　名			年　齢		本人との関係
	氏　名			年　齢		本人との関係
入所希望理由	(該当する項目全てにチェック)	□身寄りがなく、介護する者がいないため。 □介護する者がいないため。(□介護者が長期入院・入所　□介護者が遠方に在住) □介護する者はいるが、十分な介護力がないため。 (介護者が　□高齢　□要介護・要支援状態　□病気療養中　□障害がある) □介護する者はいるが、介護にあたる時間を十分に確保できないため。 (介護者が　□就労している　□他にも介護している　□育児している) □介護する者はいるが、上記以外の理由で介護を行うことが困難であるため。 (理由:　　)				
備考	担当ケアマネージャー	□いる　※事業所名(　　)名前(　　) 事業所電話番号(　　) □いない				

【施設記入欄】

※調査票(別紙様式2)及び被保険者証・直近3ヶ月分のサービス利用票(別表を含む)を併せて提出願います。
※要介護1又は2の方は特例入所の要件に該当することを判定したうえで正式な受付をします。
※別途資料の提供を求める場合があります。

（様式2）

【要介護1～5共通】

記入日　令和　　年　　月　　日

※原則、居宅介護支援事業所の介護支援専門員が記載願います。

調　　査　　票

<table>
<tr><td rowspan="4">記載者</td><td>事業所名</td><td colspan="5"></td></tr>
<tr><td>所在地</td><td colspan="5">〒</td></tr>
<tr><td>担当者名</td><td colspan="5"></td></tr>
<tr><td>電話</td><td colspan="2">（　　）</td><td>携帯</td><td colspan="2">（　　）</td></tr>
<tr><td rowspan="15">入所申込者の状況</td><td>フリガナ</td><td colspan="2"></td><td>生年月日</td><td colspan="2">大・昭　年　月　日（満　歳）</td><td rowspan="5">施設記入欄</td></tr>
<tr><td>氏　名</td><td colspan="2"></td><td>性 別</td><td colspan="2">男　・　女</td></tr>
<tr><td>住　所</td><td colspan="2"></td><td>電 話</td><td colspan="2">（　　）　　－</td></tr>
<tr><td>保険者</td><td colspan="2"></td><td>要介護状態区分</td><td colspan="2">要介護（ １ ・ ２ ・ ３ ・ ４ ・ ５ ）</td></tr>
<tr><td>保険者番号</td><td colspan="2"></td><td>被保険者番号</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>要介護認定
有効期間</td><td colspan="6">令和　　年　　月　　日　～　令和　　年　　月　　日</td></tr>
<tr><td colspan="2" rowspan="2">居宅介護支援事業所
（ケアマネージャー）</td><td rowspan="2">□いる
□いない</td><td>事業所名</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>担当者氏名</td><td></td><td>電話</td><td></td></tr>
<tr><td rowspan="4">医療状況</td><td>現在治療中の病名</td><td colspan="4">（□通院　□入院）</td></tr>
<tr><td>医療機関名</td><td></td><td>担当医師名</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>入院の場合</td><td>ヶ月間</td><td>電話</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>医療機関所在地</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td colspan="2" rowspan="8">利用中の居宅サービス</td><td colspan="3">□訪問介護（ホームヘルプ）　週　回程度利用</td><td rowspan="8">在宅サービス利用率
（直近3ヶ月間の平均）

%</td></tr>
<tr><td colspan="3">□訪問看護　週　回程度利用</td></tr>
<tr><td colspan="3">□訪問リハビリテーション　週　回程度利用</td></tr>
<tr><td colspan="3">□通所介護（デイサービス）　週　回程度利用</td></tr>
<tr><td colspan="3">□通所リハビリテーション　週　回程度利用</td></tr>
<tr><td colspan="3">□短期入所生活介護（ショートステイ）　週　回程度利用</td></tr>
<tr><td colspan="3">□その他（種類:　　）　週　回程度利用</td></tr>
<tr><td colspan="3">□介護サービスは利用していない</td></tr>
<tr><td rowspan="4">居住状況</td><td rowspan="3">□自宅</td><td>□ひとり暮らし</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>□介護困難家族等と同居</td><td colspan="3">□高齢者（65歳以上）のみ世帯
□家族が障害や疾病
□家族が就労
□他の家族等の世話（育児等）
□その他（　　）</td></tr>
<tr><td>□介護可能家族等と同居</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td colspan="5">□介護老人保健施設　□介護療養型医療施設　□介護療養型医療施設以外の病院
□グループホーム　□ケアハウス（□特定施設）　□有料老人ホーム（□特定施設）
□サービス付き高齢者向け住宅（□特定施設）　□養護老人ホーム（□特定施設）
□その他（施設名等:</td></tr>
<tr><td colspan="5">※別居家族（ □介護困難　□介護可能　□別居家族なし ）</td></tr>
</table>

<table>
<tr><td rowspan="6">入所申込者の身体状況等</td><td>視力</td><td>☐普通　☐弱視　☐全盲
メガネ等使用:☐有　☐無</td><td>麻痺</td><td>☐有(左・右・両 上肢／左・右・両 下肢)
☐無</td></tr>
<tr><td>聴力</td><td>☐普通　☐やや難聴　☐難聴
補聴器使用:☐有　☐無</td><td>拘縮</td><td>☐有(肩・肘・指・股・膝・足)
☐無</td></tr>
<tr><td>意思疎通</td><td>☐可　☐一部可　☐不可</td><td>移動</td><td>☐歩行(自力・杖・歩行器)
☐車椅子(自力・介助)</td></tr>
<tr><td>食事</td><td>☐自立　☐一部介助　☐全介助</td><td>入浴</td><td>☐自立　☐一部介助　☐全介助</td></tr>
<tr><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td rowspan="6">入所申込者の身体状況等</td><td>着脱衣</td><td>☐自立　☐一部介助　☐全介助
衣服の準備、選択　☐自立　☐一部介助　☐全介助</td><td>整容</td><td>洗面:☐自立　☐一部介助　☐全介助
歯磨き:☐自立　☐一部介助　☐全介助
入れ歯:☐有　☐無</td></tr>
<tr><td>排泄</td><td>☐トイレ　☐Pトイレ　☐オムツ
(自立、声がけ誘導、一部介助、全介助)</td><td>対人関係</td><td>☐協調的　☐普通　☐拒否的</td></tr>
<tr><td>性格</td><td colspan="3">☐おとなしい　☐好き嫌いが多い　☐その他(　　)
☐朗らか　☐わがまま　☐親しみやすい　☐頑固　☐几帳面　☐短気
☐人に溶け込めない　☐無口　☐凝り性　☐融通がきかない</td></tr>
<tr><td>認知症・精神状態</td><td colspan="3">☐認知症有〔認知症高齢者の日常生活自立度〕
☐Ⅱa　☐Ⅱb　☐Ⅲa　☐Ⅲb　☐Ⅳ　☐M
☐程度不明　☐行動障害少ない又はない　☐行動障害有無不明
☐精神的障害有〔特筆すべき症状〕
内容
☐特になし</td></tr>
<tr><td></td><td colspan="3">身体障害者手帳 ☐無　☐有(　種　級／障害名:　　)</td></tr>
<tr><td colspan="5">特例入所該当事項 【要介護1、2の入所申込者のみ記入】
(認知症、知的障害・精神障害等、深刻な虐待、単身世帯・同居家族が高齢又は病弱　等)</td></tr>
<tr><td colspan="5">入所申請に至る生活歴(在宅生活が困難な理由を含む)</td></tr>
<tr><td colspan="5">特記事項</td></tr>
</table>