

( 一般 ・ 特例 ) 入 所 申 込 書

特例入所の方のみ、ご自身の判断で該当すると思われる項目に印をつけてください。  
 要介護1又は2の方が入所するためには、下記の次のいずれかに該当する必要があります。

認知症であるものであって、日常生活に支障をきたすような症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁にみられる  
 知的障害・精神障害等を伴い、日常生活に支障をきたすような症状・行動や意思疎通の困難さ等が頻繁にみられる  
 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  
 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

施設に入所したいので、次のとおり申し込みます。

希望施設名 (1ヶ所のみ)		ご希望の部屋の タイプに○を付 けてください。	1. ユニット型個室
新規施設からのご案内を希望しますか ( はい ・ いいえ )			2. 従来型個室
申請者 (連絡先)	〒 住所	氏名	3. 多床室
			電話 ( )
			携帯 ( )
			4. どちらでも良い

入所申込者	フリガナ		性別	保 險 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	平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで
	障害者手帳	身 障 級 種 (障害名: )			
	療 育	A1・A2・B1・B2	精 神		級
	居住場所	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 施設 (施設名: )			
	入所希望時期	<input type="checkbox"/> 今すぐ入所したい <input type="checkbox"/> 6ヶ月以内に入所したい <input type="checkbox"/> 1年以内に入所したい			
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	<input type="checkbox"/> 同居している <input type="checkbox"/> 別居している <input type="checkbox"/> 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	
入所希望理由					

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。	
	本人署名 印	代筆者署名 印

注、被保険者本人が署名してください。困難なときは本人の同意を得た上、家族等が署名してください。

受付印
-----

## 【ケアマネージャー等記入欄】

① 認知症であることにより、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られる状態  
ある なし

【理由】

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等が頻繁に見られる状態  
ある なし

【理由】

③ 家族等による深刻な虐待が疑われる等により、心身の安全・安心の確保が困難な状態  
ある なし

【理由】

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十分に受けられない状態  
ある なし

【理由】

⑤ その他、入所申込者の特例入所にあたり、考慮すべき事項

【施設記入欄】

担当ケアマネージャー等署名欄

事業所名

担当者名

※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。

判定結果は、【該当】 【非該当】 となりました。