

指定介護老人福祉施設【特別養護老人ホーム】等入所申込書兼台帳

申込者連絡先 (家族等代理の方の場合)	氏名：大阪 ○郎	続柄	子
	〒 540-xxxx		
	住所：大阪市中央区大手前×丁目		
	電話番号	06-(xxxx)-xxxx	

施設記入欄	申込日	年 月 日	受付日	年 月 日
	受付番号		担当者名	
	法人名			
	入所申込施設名			
保険者への報告	不要 ・ 要 報告日：平成 年 月 日			

※1 「申込日」：申込者が施設へ提出した日(郵送により提出した場合は投函日)

※2 「受付日」：特別養護老人ホームが受け付けた日

※3 「申込者」：本人又は本人を代理する家族等になります。
本人等の記入が困難な場合には、ケアマネジャー等が代筆することも可能です。
(ケアマネジャー等が代筆される場合は、代筆者の名前を右肩に併記してください。具体的な記入例は下記のとおり)

標準様式 1

(代筆者：ケアマネジャー○○ ○○)

指定介護老人福祉施設【特別養護老人ホーム】入所申込書兼台帳

氏名：大阪 ○郎	続柄	子	申込日	年 月 日	受付日	年 月 日
----------	----	---	-----	-------	-----	-------

※4 「保険者番号」「被保険者番号」「要介護認定期間」：被保険者証に記載されている内容を記入してください。

※5 「要介護度」：区分変更、更新申請中の場合は現在の認定結果を記入してください。結果がわかり次第施設にご連絡ください。要介護1又は2の方は、4つの要件のいずれかに該当することが必要です。該当しない場合は申込みができません。

※6 知的障がい・精神障がいの方で療育手帳や精神障がい者保健福祉手帳をお持ちの方は等級を記入してください。

※7 「現在の居所」：該当するもの、いずれか1つに“ ✓ ”を記入してください。
施設や病院に入所(院)されている方は、施設や病院の名称、所在地、電話番号、入所又は入院の時期を記入してください。
認知症高齢者グループホームに入居されている方や、有料老人ホーム、軽費老人ホーム等で特定施設入所者生活介護を受けている方もこの欄に記載してください。

※8 「入所申込理由」：該当するものすべてに“ ✓ ”を記入してください。(複数でも可です)

※9 「本人の入所意向」：該当するもの、いずれか1つに“ ✓ ”を記入してください。

本人の状況	(フリガナ)	オオサカ ○コ	性別	男	保険者(番号)	○ ○ 市 2 7 0 1 2 3
	氏名	大阪 ○子	被保険者番号	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9	要介護認定期間	平成 2 6 年 9 月 1 日 から 平成 2 7 年 8 月 3 1 日 まで ※未申請の方は記入してください 平成 年 月 日
	生年月日	明・大・◎ 1 0 年 1 0 月 1 0 日 (満 7 9 歳)	要介護1・2は下記のいずれかの該当が必要です □認知症があり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。 □知的障がい・精神障がい等を伴い、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が頻繁にみられる。 □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況である。 □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。			
	要介護度	1 ・ 2 ・ ◎ ・ 4 ・ 5 ↓ 要介護1・2は下記のいずれかの該当が必要です □認知症があり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。 □知的障がい・精神障がい等を伴い、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が頻繁にみられる。 □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況である。 □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。				
	障がいの程度	□療育手帳あり (□A1 □A2 □B1 □B2) □精神障がい者保健福祉手帳あり (□1級 □2級 □3級)				
	自宅住所	〒540-xxxx 大阪市中央区大手前○丁目○番地	電話番号	06 (xxxx) xxxx		
	現在の居所	□自宅で単身 □高齢者のみの世帯 <input checked="" type="checkbox"/> 自宅で家族と暮らしている □他の施設や病院に入っている				
	※自宅以外に居住している場合に記入	施設・病院の名称	所在地	〒 -		
	入所申込理由	入所又は入院期間 平成 年 月から (年 月) 電話番号 ()				
	本人の入所意向	□介護する者がいないため <input checked="" type="checkbox"/> 介護する者が「高齢」、「障がい」、「疾病」等により十分な介護が困難なため □介護する者が就労していることから、(昼間独居となり常時の)十分な介護が困難なため <input checked="" type="checkbox"/> 介護する者の身体的・精神的負担が大きく十分な介護ができないため □介護する者が遠方に居住していることにより十分な介護ができないため □居住環境の事情により十分な介護が困難なため □施設や病院等から退所を求められているが自宅での介護が困難なため □介護保険の居宅サービス給付の区分支給額を超えており、経済的負担が大きいため □ その他 ()				
本人の入所意向	<input checked="" type="checkbox"/> 入所を希望している □迷っている □拒否している □知らせていない □認知力低下により理解困難					

本 人 の 状 況	在宅介護 継続期間	3 年 6 か月	居宅サービスの 利用の有無	<input checked="" type="checkbox"/> 有(下記も記入してください) <input type="checkbox"/> 無			
	申込日前 月に利用 中のサー ビス (月分)	訪問介護	回/月	訪問入浴	回/月	訪問看護	回/月
		通所介護	8回/月	短期入所 生活・療養介護	12日/月	訪問リハ	回/月
	その他						
	入所希望 時期	<input type="checkbox"/> 早期希望(1~3か月内) <input checked="" type="checkbox"/> 6か月以内 <input type="checkbox"/> 1年以内 <input type="checkbox"/> 1年以上()年以内					
	利用して いる居宅 介護支援 事業所名	居宅介護支援事業所〇〇〇		担当ケア マネジャー名	谷町 〇〇		
	電話番号	06(××××)××××					
医療の 状況	<input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> インスリン自己注射 <input type="checkbox"/> ストーマ(人工肛門)処置 <input type="checkbox"/> カテーテル <input type="checkbox"/> 中心静脈栄養 <input type="checkbox"/> その他()						
	現在治療中の病名	高血圧症					
受診している医療機関	〇〇医院						
【特記事項】	認知症						
他施設 への 申込状況	<input type="checkbox"/> 当該施設のみ申込み <input checked="" type="checkbox"/> 他の施設(特養・老健・療養型・病院)にも申し込んで(予定も含む) いる (1 箇所) 既に申し込んでいる施設名 (〇〇〇苑)() 今後申し込む予定の施設名 ()() 特養待機期間(他施設も含む) 1年 8か月						
主 た る 介 護 者 の 状 況	家族構成	<input type="checkbox"/> 親 <input checked="" type="checkbox"/> 配偶者 <input checked="" type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> 孫 <input type="checkbox"/> その他() 計 人					
	(フリガナ)	オ オ サ カ 〇 〇 エ		性別	年齢	続柄(子の配偶者) <input checked="" type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居 住所:	
	主たる 介護者の 氏名	大阪 〇 江		男・ 女	満 50 歳	本人との 関係 申込者と同じ 電話番号: (同上)	
意見等 (介護等 で困って いること)	(注: 身体的状況(健康状態)や仕事の有無(週の勤務日数及び時間)などを記入してください。) (例) 妻はパートで週の前半はフルタイム、後半は午前の勤務になるよう調整し、母の介護を行ってきたが 母の昼夜逆転が顕著になり、私も夫も夫婦ともども夜間の介護で身体的・精神的に参ってきている。 経済的な事情で妻も仕事を辞めることは難しく、自宅での介護に限界を感じている。						
同居以外の親族・縁者者の有無について	1. 子 2. 兄弟・親戚等 3. 親族はないが援助者あり ④. 親族・援助者なし						

※10 「在宅介護継続期間」: 在宅サービスの利用の有無にかかわらず、在宅で介護された期間を記入してください。現在、他の介護保険施設や病院に入院中の方は空欄で結構です。

※11 「居宅サービスの利用の有無」: 該当するもの、いずれか1つに“”を記入してください。現在、他の介護保険施設や病院に入院中の方は空欄で結構です。
“有”に記入された場合は、「申込日前月に利用中のサービス」の欄に記入してください。

※12 「申込日前月に利用中のサービス」: 該当するサービスすべてについて、前月1か月間に利用した回数を記入してください。「福祉用具貸与」については、品目数を記入してください。「短期入所生活介護」「短期入所療養介護」については、利用日数の合計を記入してください。

※13 「入所希望時期」: 参考までに該当するもの、いずれか1つに“”を記入してください。
“1年以上”の場合には、何年以内か数字を記入してください。

※14 「居宅介護支援事業所名」: 直近3か月で利用した居宅介護支援事業所の名称、電話番号、担当ケアマネジャーの氏名を記入してください。
また、居宅介護支援事業所を利用されておられず、担当のケアマネジャーや、その役割を果たされる方(入院されておられる場合、入院先の医療ソーシャルワーカーの方等)がいらっしゃらない場合は空欄で結構です。

※15 「医療の状況」: 該当するものに“”を記入してください。(複数でも可能です)
“その他”に記入した場合は、その内容を()に可能な限り具体的に記載してください。
“現在治療中の病名”は主な傷病を記載してください。

※16 「他施設への申込状況」: 該当するもの、いずれか1つに“”を記入してください。
“他の施設にも申し込んでいる”の場合は、既に申し込んでいる施設また、今後申し込む予定の施設名を記入してください。
“特養待機期間(他施設も含む)”については、最初に申し込んだ時点からの期間を記入してください。
申し込んでおられる病院が介護保険の指定介護療養型施設として指定されているかどうか分からない場合は、『病院』として記入してください。

※17 「家族構成」: 主たる介護者の家族構成を記入してください。

※18 「主たる介護者」: 主に介護を行っている方について、記入してください。
他の介護保険施設や病院等に3か月以上入所・入院中など、主たる介護者が特定できない場合は、介護者の欄は空欄で結構です。ただし、3か月以内の入所・入院中の場合で、自宅で主たる介護者が特定できる場合は介護者を記入してください。なお、養護老人ホームや軽費老人ホームにご入所・ご入居されている方は、空欄で結構です。

※19 「本人との関係」: 主たる介護者が申込者と異なる場合は、主たる介護者からみた関係を記載してください。
同居、別居のいずれか1つに“”を記入してください。

※20 「意見等」: 在宅生活を継続することが、困難な事情等を具体的に記載してください。

※21 「同居以外の親族や援助者等の有無」: 該当するもの、いずれか1つに“”を記入してください。

※22 「入所申込みに係る同意書」: 本制度の運営につきましては、特別養護老人ホームへの入所の必要性が高い方々の優先的な入所を円滑に進めることを目的として、皆様の申し込み内容に基づき行政機関が必要に応じて連携して適切な対応をすることとしております。
本制度にご理解をいただき、同意書に記載している事柄について、保険者(市町村等)や関係機関・関係団体及び施設に報告することについてご同意をいただきますようお願いいたします。なお、この申込書に記載されている情報につきましては、個人情報の取扱に関する法令、大阪府や各市町村が定めた条例等に基づき、申込者個人のプライバシーに関する情報として厳正に管理されますことを申し添えます。

■注1 介護保険被保険者証・介護保険要介護認定調査票基本調査・直近3か月分のサービス利用表及び別表の写しを添付のこと
注2 要介護度など要件や他施設へ入所されるなどの状況に変化があった場合は、すぐに施設へお知らせください。