



1 主たる介護者（現に介護やお世話をされていない場合は、記入しなくてかまいません。）

(フリガナ)		性別	利用者との関係	
介護者氏名	<p><b>現在、介護やお世話にあたっている方を記入してください。</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>入所や入院中の世話（洗濯物など）をしている場合、距離か時間を記入してください。</li> </ul>			
関わり状況				
同居・別居の区分				
住所				
Tel (      )      -				

2 主たる連絡先

(フリガナ)		性別	利用者との関係	
氏名	<p><b>今後、施設からの連絡をする際の連絡先です。</b></p> <p><b>昼間でも連絡が取れるようにご記入ください。</b></p>			
住所				
自宅電話				
勤務先				

3 その他の連絡先

氏名	利用者との関係	介護への協力の有無	自宅電話番号	その他の電話番号
<p><b>できるだけ2名の連絡先をご記入ください。</b></p>				

4 居宅介護支援事業所

事業所名	担当介護支援専門員氏名	電話番号
<p><b>契約中の事業所・ケアマネの氏名などをご記入ください。</b></p>		

5 入所意見書（別紙のとおり）

6 同意書

特別養護老人ホーム入所基準の説明を受け、次のことに同意します。

- 入所申込に必要な「介護認定調査に係る情報」を保険者から得ること。
- 入所申込に必要な「ケアプランに関する情報」を居宅介護支援事業所等から得ること。
- 保険者から要求があった場合、この申込情報を保険者へ提供する。

令和

**日付も必ずご記入ください。**

**本人が署名できない場合は、同意の上代筆してください。**

**自署の場合、押印は必要ありません。**

押印

入 所 意 見 書

申請者ご自身の  
判断で結構です。

氏 名	利用希望者の氏名	認知症	無
同居者の状況 ※複数回答可	住所地に誰が住んでいるかを記入してください。		妹名
近親者の状況 ※複数回答可	親族の構成（現存する方すべて記入してください）		名)
介護者の状況	現在介護（世話）している方の状況		者以外に協力者がいる
1ヶ月の介護頻度	介護している頻度（ショートステイ中は除く）		日
介護者の年齢	※ この欄の記載変更で、手続きは必要ありません。		上
介護者の健康	介護者の健康状態で、通院状況を記入してください。		
介護者の就労状況	介護者の就労時間を記入してください。		無
利用希望者以外の 育児・看護・介護	利用希望者以外の方で育児・看護などをされている場合		
経 済 状 況	経済的支援の有無を記入（負担の場合、その額を記入）		る
居 宅 サ ー ビ ス 利 用 状 況	おおよそ、過去3ヶ月の状況を記入してください。		
生 活 の 場 所	<input type="checkbox"/> 居宅 <input type="checkbox"/> 特別養護老人ホーム <input type="checkbox"/> 老人保健施設 <input type="checkbox"/> 療養型病床群 <input type="checkbox"/> 養護老人ホーム <input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> ケアハウス <input type="checkbox"/> グループホーム <input type="checkbox"/> 託老所 <input type="checkbox"/> その他【		】
住 居 の 状 況	介護力は含まず、建物の状況を記入してください。		ある
利用開始の希望	いつからの利用希望かを記入してください。		

意 見（上記記載の詳細や介護上で困っている点等、自由にご記入下さい。）

上記の記載に対しての説明や、希望する理由などをできるだけ詳しくご記入ください。

誰が記入したかも分かるようにしてください。

家族 介護支援専門員 その他（ ） 記載者名

※ 施設記入欄

以前申し込み（有・無） 申し込み日：令和 年 月 日

要介護1・2の方は、この用紙への記入も必要です。**要介護3以上の方の記入は必要ありません。**

現在の困っている状況を、当てはまる欄に詳しくご記入ください。

(1) 認知症症状（行動・意思疎通）

**この4つの項目は、状況が詳しく分かるようにご記入ください。  
※ 「いかに大変か」などの状況が分からない場合、特例入所に該当しない事があります。**

介護認定に係る資料（認定調査票・調査員の特記事項・審査会資料・主治医意見書）を添付してください。

(2) 知的障害、精神障害等の症状（行動・意思疎通）

**手帳をもたれている方は✓してください。**

療育手帳の保持 無・有（A・B）

精神障害者福祉手帳の保持 無・有（1級・2級・3級）

} 写しを添付してください。

(3) 虐待

(4) 独居もしくは、同居の家族が高齢または病弱

**介護者が**  
・ 要介護者である場合、介護保険被保険者証の写しを  
・ 身体障害者である場合など、手帳の写しを  
**提出してください。**

注1 介護保険被保険者証の有効期間が終了した場合、介護保険被保険者証を施設までご提示ください。（写しを郵送していただいても結構です。）

注2 申込書の記載内容に変更があった場合は、再申し込みをお願いします。（内容に相違がある場合、順番が来てもお断りする事がございます。）

注3 この申込書の内容は、入所に関する情報として使用いたします。それ以外の目的で使用する場合は、改めて説明の上同意を頂くことにしております。

お問い合わせ先：各施設 生活相談員