

(別記様式)

特別養護老人ホーム入所申込書

受  
付

宇和島地区広域事務組合  
特別養護老人ホーム組合長 様

郵便番号 ー  
申請者 住 所  
氏 名  
電話番号 ( ) ー

下記の事由により介護老人福祉施設サービスを受けたいので入所申し込みをいたします。

なお、入所のための待機中に、貴施設以外に入所が決定した場合、また、要介護度や連絡先、介護の状況等について変更があった場合には、速やかに貴施設に連絡いたします。

(フリガナ)			保険者											※市町名					
利用者氏名			被保険者 番 号																
生 年 月 日	明・大・昭・平	年 月 日 ( 歳 )	性別	男 ・ 女															
利用者住所	〒 ー		Tel ( ) ー																
要 介 護 度	1・2・3・4・5	認定の有効期間	年 月 日～ 年 月 日																
現 況	<input type="checkbox"/> 居宅で一人暮らし <input type="checkbox"/> 居宅で親族と同居 <input type="checkbox"/> 別居だが同じ敷地内又は近隣に親族がいる <input type="checkbox"/> 施設や病院に入っている ○ 入所(院)の施設(病院)名 : _____ ○ 入所(院)の時期 : _____年 月 日から入所(院)している <input type="checkbox"/> その他 ( )																		
利用を希望 する理由 (複数回答可)	<input type="checkbox"/> 親族がまったくいないため <input type="checkbox"/> 親族が生活のために仕事に就いているので十分な介護が困難なため <input type="checkbox"/> 親族が未就学児の子や孫の世話をしているので十分な介護が困難なため <input type="checkbox"/> 親族が高齢、病気や障害などで十分な介護が困難なため <input type="checkbox"/> 親族が他の者を介護しているので介護が困難なため <input type="checkbox"/> 居住環境の事情により十分な介護が困難なため <input type="checkbox"/> 施設や病院等から退所(院)を求められているが、居宅での介護が困難なため <input type="checkbox"/> その他 ( )																		
医療の状況	( 現在の疾病名 ) <input type="checkbox"/> 経管栄養《経鼻・胃ろう》 <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> インシュリン注射 <input type="checkbox"/> 褥瘡 <input type="checkbox"/> 透析 <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> カテーテル <input type="checkbox"/> 点滴 <input type="checkbox"/> 感染症 <input type="checkbox"/> ストマ(人工肛門・人工膀胱) <input type="checkbox"/> その他 ( )																		
申込の状況	申し込みを希望する施設に○印をして下さい。また、広域施設以外にも申し込んでいる場合は ( ) 内に施設名を記入して下さい。 光来園・勝山荘・美沼荘・古城園・一本松荘・城辺みしま荘・ひろみ奈良の里・柏寿園・湯乃香荘 ( ) ( ) ( ) ( )																		

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、記入しなくてもかまいません。）

(フリガナ)		性別	利用者との関係	
介護者氏名		男・女	生年月日	明治 大正 昭和 平成 年 月 日 ( 歳)
関わり状況	<input type="checkbox"/> 介護にあたっている <input type="checkbox"/> 入所(院)中の世話をしている <input type="checkbox"/> 手続き等			
同居・別居の区分	<input type="checkbox"/> 同居している <input type="checkbox"/> 別居している（下記に住所等をご記入下さい） ※介護者と利用希望者が現在生活されている場所の距離？      片道約      km      m 通われる際の時間？      片道約      時間      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		男・女	生年月日	明治 大正 昭和 平成 年 月 日 ( 歳)
住所	〒      -			
自宅電話	(      )      -	携帯電話	(      )      -	
勤務先		電話番号	(      )      -	

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
		有・無	(      )      -	(      )      -
		有・無	(      )      -	(      )      -

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
		(      )      -

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。

- (1) 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。
- (2) 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。
- (3) 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こと。

令和      年      月      日

氏名(本人) \_\_\_\_\_ ※

(代理人) \_\_\_\_\_ ※

※ 署名もしくは記名・押印



要介護1・2の方は、この用紙への記入も必要です。

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）

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）

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