

指定介護老人福祉施設 (特別養護老人ホーム) 入所申込書	施設 記入 欄	受 付 日	平成 年 月 日		
		受 付 番 号		担当者名	
		施 設 名			
		入所申込施設	☐ みやまの里 ☐ クレイドルやけやま ☐ ふくがくちの里 ☐ おおさわの里 ☐ じよんのび慈・じよんのび掌		

介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）に入所したいので、次のとおり申し込みます。

入 所 希 望 者				申 込 者 連 絡 先 （今後の連絡先となります）			
(フリガナ)		性別		(フリガナ)			
氏名		男・女		氏名			
生年月日	明・大・昭 年 月 日	歳		続柄			
住所	〒			住所	〒		
電話番号	— —			電話番号	— —		

本 人 の 状 況	介護 保険	保険者 番号	1	5	2	1	6	5		被保険者 番号										
			糸魚川市																	
		要介護度	1・2・3・4・5 ※1・2の方は必ず特例入所の理由を記入							認定 有効期間	平成 年 月 日 か ら 平成 年 月 日 ま で									
		生活 状況	☐ 自宅一人で暮らしている ☐ 自宅で二人で暮らしている（高齢の夫婦、高齢の親子、夫婦、親子、その他） ☐ 自宅で家族と暮らしている（高齢の世帯、その他） ☐ 老人保健施設などの施設や病院に入っている。（※施設や病院等に入っている方は記入） ◇施設名又は病院名 : ◇所在地（市町名のみ） : ◇入所又は入院時期 : 平成 年 月から入所・入院																	
	介護 状況		☐ 介護者なし ☐ 別居の介護者あり（同居の介護者なし） ☐ 同居の介護者あり ☐ 高齢である（70歳以上） ☐ 障害がある（身体・精神・知的障害等） ☐ 疾病がある（疾患名： ） ☐ 就労している（常勤、パート） ☐ 育児や他の介護もある（育児、介護） ☐ その他	主 た る 介 護 者	(フリガナ)		性別													
					氏名		男・女													
続柄					同・別															
生年月日		明・大・昭 年 月 日			歳															
	備考																			
	入所 申込 理由	☐ 介護する者がいない為、介護ができない ☐ 介護する者が高齢・障害・疾病等の為、介護が困難である ☐ 介護する者が就労又は育児・他の介護等の為、介護が困難である ☐ 介護者の身体的・精神的負担が大きく、十分な介護が困難である ☐ 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である ☐ 居住環境が介護や在宅サービス利用に適さない（狭い、改修不可、立地条件、地形など） ☐ その他 ※具体的に記入して下さい ()																		
	入所 意向	①本人の意思 ☐ 希望している ☐ 迷っている ☐ 知らせていない ☐ 拒否している ☐ 意思疎通が困難		②入所希望時期 ☐ 今すぐ入所を希望 ☐ 平成 年 月頃希望 ☐ 在宅困難になれば希望 ☐ その他 ()		③他施設への申込み ☐ 当施設のみ申込み ☐ 申込み済みの施設 () ☐ 申込み予定の施設 ()		④希望施設種類 ☐ 多床室 ☐ 個室 ☐ どちらでもよい												

家庭の状況	氏 名		続柄	生年月日	年齢	同居	勤務先・居住地・健康状態等
	1						
	2						
	3						
	4						
	5						
	6						
	【他の別居血縁者の存在】						

医療の状況	☐ 経鼻経管 ☐ 胃瘻増設 ☐ インシュリン注射 ☐ カテーテル ☐ 点滴	☐ ストマ（人工肛門） ☐ 中心静脈栄養 ☐ 人工透析 ☐ 在宅酸素 ☐ 気管切開	☐ 人工呼吸器 ☐ その他 （ ） ※わかる範囲でお書きください。	【特記事項】
				※入所希望者に重度の医療が必要な場合には施設入所をお断りする場合があります。

担当介護支援専門員 （ケアマネジャー）	氏名		連絡先	TEL
	事業所名			

特列入所に関する事項	要介護1・2の方は必ず記入してください。 ☐ 認知症である者であって、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。 ☐ 知的障害や精神行動障害等を伴い、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が頻繁に見られる。 ☐ 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・安心の確保が困難な状態である。 ☐ 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からの支援が期待できず、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。 【特列入所の条件に関する状況説明等】

個人情報の共有に関する同意	利用者及び家族の個人情報について、次に定める条件で必要最小限の範囲で使用することに同意します。 ①使用目的 ・施設で行う入所判定委員会での情報提供 ・入所決定後の利用者の施設サービス実施に伴う情報提供 ・行政機関、医療機関、介護支援専門員、サービス提供事業者との連絡調整が必要な場合の情報提供 ②個人情報の取り扱いは必要最小限度とし、以下のことを守ります。 ・提供された個人情報は目的以外には使用しない。 ・提供された個人情報は第三者に漏らさない。 平成 年 月 日 入所希望者 _____ : _____ 印 入所希望者の家族 _____ : _____ 印

署名欄	私は入所申し込みにあたり、入所申し込みから契約までの手続き及び入所順位の決定方法について、施設から説明を受けました。また入所待機中の留意事項について守ります。 平成 年 月 日 氏 名 : _____
-----	---