

特別養護老人ホームあまてらす 施設長様

申込日	年	月	日
受付日	年	月	日

入所希望者の状況			
入所希望者 氏名	(フリガナ)	保険者 保険者番号	
生年月日	明・大・昭 年 月 日 ( 歳)	性別	男・女
現住所	〒		
要介護度	<input type="checkbox"/> 介護度1 <input type="checkbox"/> 介護度2 <input type="checkbox"/> 介護度3 <input type="checkbox"/> 介護度4 <input type="checkbox"/> 介護度5 (認定有効期間 年 月 日 ~ 年 月 日)		
現在の介護	<input type="checkbox"/> 自宅でひとりで暮らしている <input type="checkbox"/> 自宅で家族と暮らしている ※同居家族の構成： <input type="checkbox"/> 入院(所)中 ( <input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 老人保健施設 <input type="checkbox"/> 有料老人ホーム <input type="checkbox"/> その他 ) ※施設名又は病院名： ※入所(院)時期： 年 月から <input type="checkbox"/> その他 ( )		
入所を希望する理由  ※該当するものすべてを選んでください。	<input type="checkbox"/> 独り暮らしで、日常生活に支障が生じている。 <input type="checkbox"/> 介護者(家族等)が、高齢・疾病・障害のため介護が難しい。 <input type="checkbox"/> 介護者(家族等)が、就労・育児等のため介護が難しい。 <input type="checkbox"/> 他にも介護をしなければならない家族がいる。 <input type="checkbox"/> 居住環境の事情により、在宅での介護が困難である。 <input type="checkbox"/> 病院や他の施設から退所を求められている。 <input type="checkbox"/> 介護保険の在宅サービス利用限度を超えるなど、費用負担が困難である。 <input type="checkbox"/> その他 (介護で困っていることがありましたら、お書きください。)  <div style="border: 1px solid black; height: 100px; width: 100%;"></div>		
<p><b>要介護1又は2(特例入所)の方については、以下の該当するものにレ印を付けてください。</b>            (特例入所の該当要件)</p> <input type="checkbox"/> 認知症であり、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等が頻繁に見られる。 <input type="checkbox"/> 知的障害、精神障害等であり、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等が頻繁に見られる。 <input type="checkbox"/> 療育・障害者手帳あり <input type="checkbox"/> 療育・障害者手帳なし <input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 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。 <p>※上記に当てはまる具体的な事由を記入してください。</p> <div style="border: 1px solid black; height: 100px; width: 100%;"></div>			

医療の状況 ※該当するものすべてを 選んでください。	<input type="checkbox"/> 経管栄養	<input type="checkbox"/> 人工肛門	<input type="checkbox"/> 胃ろう
	<input type="checkbox"/> インシュリン注射	<input type="checkbox"/> 在宅酸素	<input type="checkbox"/> 尿管カテーテル
<input type="checkbox"/> 現在治療中の病気や既往症など、その他注意すること			

希望入所時期	<input type="checkbox"/> 今すぐの入所を希望する	<input type="checkbox"/> 今すぐの入所を希望しない
--------	--------------------------------------	---------------------------------------

他施設への 申込状況	<input type="checkbox"/> 申込なし
	<input type="checkbox"/> 申込(予定)あり ※施設名

### 申込者欄〈家族等〉

フリガナ 氏名		本人との 続柄	
------------	--	------------	--

#### 住所（郵便物の送付や施設からの連絡先）

※家族等の場合、入所契約の代理人となれる方をお願いします。

〒 \_\_\_\_\_

TEL - -

留意事項	本申込書に記載した事項や介護する家族等の状況に変更があった場合、あるいは他の特別養護老人ホームに入所した場合は、必ず施設に連絡してください。
------	--

◎入所申込に係る説明事項について確認しました。

◎入所に関して入所希望者に関する情報を「現在の介護」に関わる機関・施設・施設職員に照会することに同意します。

\_\_\_\_年 \_\_\_\_月 \_\_\_\_日

署名《本人》 \_\_\_\_\_

署名《本人署名代筆者》 \_\_\_\_\_

申込希望	従来型多床室	従来型個室	ユニット型個室
<input type="radio"/> 入所可能 <input type="checkbox"/> 待機のみ可能 <input type="checkbox"/> 辞退			

### 申込代理者欄〈介護支援専門員〉

※本人又は家族等を代理して介護支援専門員が申込む場合は、当欄に記入・確認願います。

代理申込を行う 介護支援専門員 氏名	(フリガナ) 氏名	連絡先 電話番号	- -
介護支援事業所名			

代理申込を行う介護支援専門員の意見 \_\_\_\_\_

※本人又は家族等への連絡先を、上記申込者欄〈家族等〉に記入してください。

説明 確認欄	入所申込に係る説明事項について確認の上、申込本人又は家族等にその旨を報告 します。
	____年 ____月 ____日 代理申込 介護支援専門員署名

※添付書類 被保険者証の（写）