

(様式1) ※太ワクの中をすべて記入してください(不明な点は、施設にご相談ください)

※□欄は、該当するものに×を記入してください

※生活保護受給の方は、生活保護担当職員へご相談ください

指定介護老人福祉施設等入所申込書

●入所を希望する者	フリガナ		保険者の名称	市・町									
	氏名		介護保険被保険者番号										
	生年月日	明・大・昭 年 月 日 () 歳						性別(男・女)					
	現住所	(郵便番号 -)						電話番号(- -)					
	認定状況	<input type="checkbox"/> 要介護認定を受けている											
		<申込日現在の介護度> 要介護 (1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5)											
	<認定有効期間> 年 月 日から 年 月 日まで												
	<input type="checkbox"/> 区分変更申請中(令和 年 月 日申請)						<input type="checkbox"/> 更新申請中(令和 年 月 日申請)						
	<input type="checkbox"/> 要介護認定を受けていない												
	<input type="checkbox"/> 認定申請中(令和 年 月 日申請)												
	世帯状況			<input type="checkbox"/> 同居家族がいない(一人暮らし) <input type="checkbox"/> 同居家族がいる									
入所を希望する理由	<input type="checkbox"/> 介護する者がいないため。 <input type="checkbox"/> 介護する者が「高齢」、「障害」、「疾病」等により十分な介護が困難なため。 <input type="checkbox"/> 介護者が就労していることから、十分な介護が困難なため。 <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等を求められているが、受け入れが困難なため。 <input type="checkbox"/> その他 ()												
(該当するものはすべて選んでください。)													
指定介護老人福祉施設 牧之原むつみ園 施設長 東田 悟 殿													
●貴施設に入所を希望するため、申し込みます。													
貴施設が入所判定に使用する目的で、居宅介護支援事業者、市町村、地域包括支援センター、病院、施設等から情報提供を受けることに同意します。また、市町村が居宅介護支援事業者等に、入所申込者の状況等を確認することに同意します。													
令和 年 月 日													
(申込者) 住所 _____													
氏名 _____ 印 (続柄) _____													

●提出者(連絡先)

氏名:	続柄:	電話番号:
		携帯番号:
〒: -		
住所:		

※太ワクの中をすべて記入してください（不明な点は、施設にご相談ください）

※□欄は、該当するものに×を記入してください

◎介護者・家族等の状況

※ 入所申込みに対する家族の同意等は備考欄に記入してください。

● 家 族 構 成	続柄	氏名	年齢	入所 申込者と	住 所	電 話	入所の同意
				同居 ・ 別居			あり・なし
				同居 ・ 別居			あり・なし
				同居 ・ 別居			あり・なし
				同居 ・ 別居			あり・なし
				同居 ・ 別居			あり・なし
● 主 た る 介 護 者	フリガナ		年 齢	本人との関係	備 考		
	氏 名						
	健康状態	<input type="checkbox"/> 疾病 { } < 具体的に > > <input type="checkbox"/> 健康					
	介護の状況	<input type="checkbox"/> 介護する者が要介護状態のため、介護困難な状態である <input type="checkbox"/> 仕事や入所申込者以外の人の看病等があり、介護困難な状態である { < 具体的に > > <input type="checkbox"/> 多少介護は可能であるが、常時の介護は困難な状態である { < 具体的に > > <input type="checkbox"/> 介護可能な状態である					
	介護の場所	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 病院又は介護老人保健施設 <input type="checkbox"/> その他の施設に入所中					
	介護者の就労	<input type="checkbox"/> 8時間以上 <input type="checkbox"/> 4～8時間 <input type="checkbox"/> 4時間未満 <input type="checkbox"/> なし					
	介 護 歴	年 月頃から介護している (期間：約 年)					
	介護協力者	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 随時あり (氏名 _____ 続柄 _____) <input type="checkbox"/> 常時あり (氏名 _____ 続柄 _____)					
	意 見	[食事や排せつのこと、その他介護をしている上で困っていることなど] 麻痺： 拘縮： 寝返： 起上： 立位： 歩行： 移動： 移乗： 更衣： 洗身： 排尿： 排便： 食事： 視力： 聴力： 言語障害： { その他介護で困っていること >					

