

# 《記載例：おもて》

有効期限

令和3年9月30日

様式1

( 特別養護老人ホーム 飛鳥 )

## 入 所 申 込 書

申込年月日	令和 X 年 X 月 X 日	受付番号				
入 所 申 込 者	フリガナ 氏名	アスカ タロウ 飛鳥 太郎	生年月日 明治・大正・昭和 XX年X月X日(XX歳)	性別	男 女	
	住所	〒(XXX-XXXX) 福岡市城南区鳥飼X丁目X番XX号		電話番号	XXX(XXX)XXXX	
	連絡先	〒( )		電話番号	( )	
	介護認定	申請(更新・変更)中・済	被保険者番号	XXXXXXXXXXXX		
現 在 の 住 居	要介護度	1・2・3・4・5	有効期間	令和X年X月X日~令和X年X月X日		
	現在の住居	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 特別養護老人ホーム <input type="checkbox"/> 老人保健施設 <input type="checkbox"/> 療養型医療施設 <input type="checkbox"/> 介護医療院 <input type="checkbox"/> 養護老人ホーム <input type="checkbox"/> 軽費老人ホーム(ケアハウス) <input type="checkbox"/> グループホーム <input type="checkbox"/> 介護付き有料老人ホーム <input type="checkbox"/> 住宅型有料老人ホーム <input type="checkbox"/> サービス付き高齢者向け住宅 <input checked="" type="checkbox"/> 一般病院 <input type="checkbox"/> その他( )				
		令和X年 X月頃 より	施設名	【福岡鳥飼病院】		
家 族 ・ 申 込 者	フリガナ 氏名	アスカ シロウ 飛鳥 次郎	続柄	長男	備考	
	住所	〒(XXX-XXXX) 同上		電話番号	XXX(XXX)XXXX	
	連絡先1	〒( )		電話番号	( )	
	連絡先2	〒( )		電話番号	( )	
居 宅 支 援 事 業 者	事業所名		事業者番号			
	住所	〒( )		電話番号	( )	
	フリガナ 担当者名		備考			
他 施 設 の 申 込 状 況	施設名1	特別養護老人ホームXXXX	申込 予定 済	(申込時期X年X月頃)		
	施設名2		申込 予定・済	(申込時期 年 月頃)		
	施設名3		申込 予定・済	(申込時期 年 月頃)		
入所希望時期	<input checked="" type="checkbox"/> 今すぐ入所したい <input type="checkbox"/> 令和 年 月頃入所したい					

施設に入所される方の  
情報をご記入くだ  
さい

携帯電話をお持ちの  
方はそちらもご記入  
ください

現在ご利用の事業所  
が  
あればご記入くだ  
さい。

病院等に入院中で、  
退院される時期が見  
込める場合にご記入  
ください。

### 【説明確認及び同意書】

#### 次の事項について施設から説明を受けました。

- 入所申込から契約までの必要な手続き及び入所にあたっての注意事項について
- 入所申込者の入所優先順位決定方法について
- 入所優先順位の見直しについて
- 申込書の内容に変化があった場合は、施設に連絡することについて
- 特段の事情がない限り、要介護1・2では入所できないことについて(裏面)

#### 次の事項について同意します。

- 入所が可能になったにもかかわらず、自己都合により入所を辞退した場合は、入所優先順位名簿から削除されること
- 優先入所制度の適正な運用のため、この申込書及び調査票の内容を行政機関等の求めに応じて提供すること
- 上記に記入している申込み済(予定)の特別養護老人ホーム間で、申込書の調査票の内容を提供すること

令和 X年 X月 X日

氏名 飛鳥 次郎

飛鳥

(続柄 長男)

担当職員による説明  
の後でも結構です。  
※その場合は認め印  
をお持ちください

### 《お申込みの際は下記の物をご用意ください》

- ①介護保険証
- ②障がい者手帳 および 原爆手帳(お持ちの方)
- ③認印(お申込みに来られる方のもの)
- ④サービス利用表(デイサービスや介護ヘルパーなどの在宅サービスを利用されている方)

# 《記載例：うら》

入所申込者	フリガナ	アスカ タロウ		入所される方				
	氏名	飛鳥 太郎						
	医療の状況	<input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> インシュリン注射 <input type="checkbox"/> 尿管カテーテル <input type="checkbox"/> ストマ(人工肛門) <input type="checkbox"/> その他( ) 【現在治療中の病気・特記事項等】 平成××年に脳卒中で倒れ、右半身にマヒがある。			現在治療中の病気やケガ、過去にかかった病気やケガ等での障害について			
居宅介護サービスの利用状況	<input type="checkbox"/> 利用している <input checked="" type="checkbox"/> 利用していない *居宅介護サービス(デイサービス、ショートステイ、ホームヘルプなど)を利用している方は、居宅介護支援事業者から交付された直近の「サービス利用票」と「サービス利用票別表」の写しを添付してください。							
※介護者の状況	介護者1	フリガナ	アスカ ジロウ	<input checked="" type="checkbox"/> 同居	介護者の障害・疾病のため	主に身の回りのお世話(介護)をされている方のお名前		
		氏名	飛鳥 次郎	<input type="checkbox"/> 別居	<input checked="" type="checkbox"/> 介護困難 <input type="checkbox"/> 介護多少困難		<input type="checkbox"/> 介護可能	
		年齢	×× 歳	複数介護	<input type="checkbox"/> している <input checked="" type="checkbox"/> していない			
		続柄	長男	育児	<input checked="" type="checkbox"/> している <input type="checkbox"/> していない			
	住所	〒 裏面におなじ		就労	<input checked="" type="checkbox"/> している <input type="checkbox"/> していない			
	介護者2	フリガナ	アスカ ハナコ	<input checked="" type="checkbox"/> 同居	介護者の障害・疾病のため		入所を希望される理由や、現在の状況について	
		氏名	飛鳥 花子	<input type="checkbox"/> 別居	<input type="checkbox"/> 介護困難 <input type="checkbox"/> 介護多少困難			<input type="checkbox"/> 介護可能
		年齢	×× 歳	複数介護	<input type="checkbox"/> している <input checked="" type="checkbox"/> していない			
続柄		長男の妻	育児	<input checked="" type="checkbox"/> している <input type="checkbox"/> していない				
住所	〒		就労	<input checked="" type="checkbox"/> している <input type="checkbox"/> していない				
その他の介護	<input checked="" type="checkbox"/> ほとんど無し <input type="checkbox"/> ときどき有り <input type="checkbox"/> 常時有り							
入所を希望する理由	*施設や病院等から退所を求められている、居住環境が介護に適していない、経済的な理由により、居宅介護サービスを十分に受けることができないなど、特に、特別養護老人ホームの入所を希望する理由があれば記入してください。 平成××年の×月に脳卒中で入院している。入院先の病院から退院をうながされているが、夫婦共働きで育児もしており自宅の介護は難しい。親戚も近くにいないため、貴施設への入所を希望します。							

※要介護1又は要介護2の方は、特例入所に関する要件を必ず確認してください。

【特例入所に関する要件】

入所申込者が、要介護1又は要介護2の場合、以下のいずれかに該当することが入所要件となります。該当する項目にチェックしてください。

- 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こと
- 知的障がい・精神障がい等を伴い、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等が頻繁に見られること
- 家族等により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こと。
- 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こと。

施設記入	担当者名		職種	施設長・相談員・ケアマネ・その他( )
	備考			

《お申込みの際は下記の物をご用意ください》

- ①介護保険証
- ②障がい者手帳 および 原爆手帳(お持ちの方)
- ③認印(お申込みに来られる方のもの)
- ④サービス利用表(デイサービスや介護ヘルパーなどの在宅サービスを利用されている方)

※受付は平日、土曜日のみ受付しております。事前にお電話いただければ確実な受付時間をご案内できます。

※ご不明な点があればお電話ください。