

(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)

※口欄は、該当するものに×を記入してください

# 指定介護老人福祉施設(横川緑風園・みどりの里)入所申込書

< 記入例 >

介護保険証の番号を記入。

入所を希望する者	フリガナ	ヨコガワ タロウ	保険者名	保険者となる市町村名を記入 (例) 霧島市									
	氏名	横川 太郎	被保険者番号	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	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(○○○○ - ○○ - ○○○○) ○○県 ○○市 ○○ △△△ (※住民票に記載されている住所を記入)											
	認定状況	<input type="checkbox"/> 要介護認定を受けている (※介護保険証に記載されている内容を記入) <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 ( 年 月 日申請) <input type="checkbox"/> 更新申請中 ( 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 ( 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 [ ]												
指定介護老人福祉施設 横川緑風園・みどりの里 施設長 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 ○○県 ○○市 ○○ △△△ 氏名 横川 花子 印 (続柄) 妻													

提出者(連絡先)

氏名: 横川 花子	続柄: 妻	電話番号: ○○○○-○○-○○○○
〒: ○○○ - ○○○○	住所: ○○県 ○○市 ○○ △△△	

※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）

※口欄は、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	備考
	妻	横川 花子	○	<input checked="" type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	〇〇県 〇〇市 〇〇 △ △△	〇〇〇〇-〇〇 -〇〇〇〇	同意
	長男	横川 一郎	○	<input type="checkbox"/> 同居 <input checked="" type="checkbox"/> 別居	〇〇県 〇〇市 〇〇 △ △△	〇〇〇〇-〇〇 -〇〇〇〇	同意
	長男嫁	横川 みどり	○	<input type="checkbox"/> 同居 <input checked="" type="checkbox"/> 別居	同上	〇〇〇〇-〇〇 -〇〇〇〇	同意
	次男	横川 次郎	○	<input type="checkbox"/> 同居 <input checked="" type="checkbox"/> 別居	〇〇県 〇〇市 〇〇 △ △△	〇〇〇〇-〇〇 -〇〇〇〇	同意
	三男	横川 三郎	○	<input type="checkbox"/> 同居 <input checked="" type="checkbox"/> 別居	〇〇県 〇〇市 〇〇 △ △△	〇〇〇〇-〇〇 -〇〇〇〇	同意

  

主たる介護者	フリガナ	ヨコガワ ハナコ	年齢	〇〇	本人との関係	妻	備考
	氏名	横川 花子					
	健康状態	<input type="checkbox"/> 疾病 <small>〔具体的に〕</small> (例) 膝の痛み、腰痛があり通院中 <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 <span style="font-size: small;">の看病等</span> があり、介護困難な状態である <small>〔具体的に〕</small> (例) 一日8時間以上の勤務をしており、母の介護も行っている。 など <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 <small>〔具体的に〕</small> (例) 小学生の子供がおり、習い事の引率で外出の機会が多い。 など <input checked="" 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					
	介護歴	<input checked="" type="checkbox"/> 〇年 △月頃から介護している (期間: 約 〇 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	<small>〔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〕</small> (例) ・オムツに手を入れたりして介護の負担が多い。 ・飲み込みの状態が悪く、不安がある。 ・自分で立つことが出来ず、トイレに連れていくことが出来ない。 ・一人で外に行き、道に迷ったり、事故が心配。 など					

◎入所申込者の状況

申込者名 **横川 太郎**

該当するものにチェックをする。

入所申込者の状況	サービス等の利用状況	<input type="checkbox"/> 他施設や医療機関に入所している (施設名又は医療機関名: <input checked="" type="checkbox"/> 病院・ <input checked="" type="checkbox"/> 施設 ( <input checked="" type="checkbox"/> 市・ <input type="checkbox"/> 町・ <input type="checkbox"/> 村 ) ・入所又は入院時期: <input checked="" type="checkbox"/> 年 <input checked="" type="checkbox"/> 月から入所(入院)している。 ・施設や医療機関から退所(退院)を求められているか。( <input checked="" type="checkbox"/> いる・ <input type="checkbox"/> いない )
	住宅の状況	<input type="checkbox"/> 以前、指定介護老人福祉施設に入所していたが、医療機関に入院するため退所した (入所していた施設名: (市・町・村) ・退所した時期: 年 月 退所
	認知症などの状況	<input type="checkbox"/> 在宅で介護保険の居宅サービス(訪問・通所系サービス及び短期入所)を受けている <input type="checkbox"/> 訪問介護 ( <input type="checkbox"/> 毎日 <input type="checkbox"/> 週4~6日 <input type="checkbox"/> 週3日以下 ) <input type="checkbox"/> 訪問入浴介護 ( <input type="checkbox"/> 週3回以上 <input type="checkbox"/> 週2回以下 ) <input type="checkbox"/> 訪問看護 ( <input type="checkbox"/> 毎日 <input type="checkbox"/> 週4~6日 <input type="checkbox"/> 週3日以下 ) <input type="checkbox"/> 訪問リハビリテーション ( <input type="checkbox"/> 毎日 <input type="checkbox"/> 週4~6日 <input type="checkbox"/> 週3日以下 ) <input type="checkbox"/> 通所介護 ( <input type="checkbox"/> 毎日 <input type="checkbox"/> 週4~6日 <input type="checkbox"/> 週3日以下 ) <input type="checkbox"/> 通所リハビリテーション ( <input type="checkbox"/> 毎日 <input type="checkbox"/> 週4~6日 <input type="checkbox"/> 週3日以下 ) <input type="checkbox"/> 短期入所生活介護 (最近3か月の利用日数 日) <input type="checkbox"/> 短期入所療養介護 (最近3か月の利用日数 日) <input type="checkbox"/> 小規模多機能型居宅介護 <input type="checkbox"/> その他 ( ) ※居宅サービス等が十分に受けられない理由など特にありましたらお書きください。 ( )
入所申込者が要介護1・2の場合	特例入所の申立	居宅で日常生活を営むことが困難なことについてやむを得ない理由がある。 <span style="float: right;">該当するものにチェックをする。</span> <input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 知的障害・精神障害等を伴い、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等が頻繁に見られる。 <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。 ※具体的状況 ( )

