

(様式1)

指定介護老人福祉施設等入所申込書

受付日 年 月 日

申込み日 年 月 日

申込者 (連絡先) 今後、郵送物などはこの連絡先にお送りさせていただきます。

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

〒 - 住所:		
氏名	続柄	
電話	()	

申込先 (入所希望施設)		保険者		
		被保険者番号		
(フリガナ)		性別	要介護度	
氏名		男・女	要介護 認定期間	年 月 日 から
生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日 (歳)			年 月 日 まで
現住所	〒 -			
現況	ア 自宅で一人で暮らしている イ 自宅で家族と暮らしている ウ 施設・病院等に入所(院)中 *「施設・病院等に入所(院)中」の方は記入してください 施設名又は病院名: 所在地(市町村名のみ)			
	入所又は入院時期: 年 月 日 から入所・入院している			
介護者等の 状況	家族構成	ア イ・ウ以外の世帯 イ 高齢者夫婦世帯(18歳未満の子と夫婦との世帯を含む) ウ 独居		
	介護者の有無	ア 主たる介護者以外に必要時に協力者あり イ 介護者は一人のみ ウ 介護者はいない		
	介護者の年齢	ア 60歳未満 イ 60~74歳 ウ 75歳以上又は介護者はいない		
	介護者の健康	ア 健康である イ 健康に不安を抱えている ウ 介護者自身が要介護者である又は介護者はいない		
	介護可能時間	ア 十分に介護にあたる時間あり イ 一部不在になる時間あり ウ ほとんど時間が取れない又は介護者はいない		
	要介護者との関係	ア 良好 イ 介護は行っているが、疲労感が強い ウ 最低限の関わりのみ又は介護者はいない		
入所希望者の 状況	待機状況	ア 施設・病院等に入所中で退所の働きかけがない *施設・病院等に入所中で退所の働きかけがある場合の、入所継続可能期間 (イ 制限なし ウ 6~12ヶ月 エ 6ヶ月未満) オ 自宅等		
	在宅サービス利用率	ア 施設・病院等に入所(院)中 イ 限度額の40%未満 ウ 限度額の40%~60%未満 エ 限度額の60%~80%未満 オ 限度額の80%以上		
	在宅サービス利用状況	ア 施設・病院等に入所(院)中 イ 十分サービスを利用している ウ まあまあサービスを利用している エ 一部サービスを抑制している オ ほとんどサービスを抑制している		
	保険料の段階	ア 3割 イ 2割 ウ 1割		
	住居	ア 施設・病院等に入所(院)中 イ 快適な生活のできる住宅 ウ 一部居住性に問題がある エ かなり居住性に問題がある オ 帰る住まいがない		
入所希望時期	ア 今すぐ入所したい イ 年 月 頃までに入所したい			

