

受付年月日(施設記入欄)

申込者 <input type="checkbox"/> 郵便物の送付先、連絡先を申込者にする	住所	〒 —
	フリガナ氏名 (本人との続柄)	()
	電話番号	() —

※今後郵送物などは、下記の身元引受人にお送りいたします。なお、郵送物の送付先や連絡先を申込者にする場合は、上記申込者欄に☑を入れてください。その他の方に変更する場合は、速やかに施設へ御連絡ください。

※複数施設に申込みを希望する場合は、それぞれの施設ごとに申込書を提出してください。

特別養護老人ホームに入所したいので、次のとおり申し込みます。

申し込み施設名				
入所希望者本人の状況	フリガナ	性別	男・女	
	氏名	生年月日	大正 年 月 日 昭和 () 歳	
	現住所	〒 — 電話() —		
	介護保険	被保険者番号	保険者名	柏崎市・()
		要介護度	<input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5	
		認定期間	年 月 日 ~ 年 月 日	
	障害者手帳等	手帳の種類: (障害名:) 判定: 級 年 月 日		
	医療の状況	<input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> カテーテル <input type="checkbox"/> ストマ(人工肛門) <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> インシュリン注射 <input type="checkbox"/> 透析 <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> その他()		
	現況	<input type="checkbox"/> 自宅(単身・家族と同居) ※家族と同居の場合は状況を裏面に記載してください <input type="checkbox"/> 病院入院中(名称: 入院時期: 年 月から) <input type="checkbox"/> 自宅以外で生活(名称: 入所・入居時期: 年 月から) (有料老人ホーム・サービス付き高齢者住宅・グループホーム・老人保健施設・ケアハウス・その他)		
	特例入所対象者(要介護1又は要介護2の方)	入所申込者が、居宅において日常生活を営むことが困難なやむを得ない事由 <input type="checkbox"/> 認知症の状況() <input type="checkbox"/> 知的障害・精神障害等の状況() <input type="checkbox"/> 介護者家族の状況() <input type="checkbox"/> その他()		
入所希望時期	<input type="checkbox"/> 今すぐ入所希望 <input type="checkbox"/> 半年くらい先に入所希望 <input type="checkbox"/> 1年くらい先に入所希望			
申込状況	<input type="checkbox"/> 他に申込みを行っていない <input type="checkbox"/> 他に申込みを行っている施設がある(施設名に○をつけてください)			
	【多床室(4人部屋)や従来型個室の施設】 ・むつみ荘 ・しおかぜ荘 ・なごみ荘 ・いこいの里 ・柏柳の里 ・にしかりの里 ・やすらぎの里 ※部屋のタイプにより施設サービス費・居住費が異なります。	【ユニット型個室の施設】 ・くじらなみ ・ペペ・メメール ・たんねの里 ・はやまの里 ※部屋のタイプにより施設サービス費・居住費が異なります。		
身元引受人	フリガナ氏名	続柄	生年月日 昭和・平成 年 月 日	
	現住所	〒 —		
	連絡先	電話() — 携帯() — 連絡可能な時間帯 午前・午後 時 分頃		
同意書	私は、貴施設への入所申込みに際し、入所申込みから入所契約までの手続き及び入所順位の決定方法について施設から説明を受けました。 なお、貴施設が入所に係る手続のため必要な範囲内において、入所希望者及びその家族に関する情報を関係市町村に提供すること、並びに関係市町村、担当地域包括支援センター、居宅介護支援事業所、介護保険施設及び医療機関から収集することに同意します。 令和 年 月 日 本人(又は身元引受人) 署名			

○家族構成（同居の方全員について記入してください。同一敷地内または隣接敷地内で生活されている場合も記入をお願いします。）

氏名	続柄	性別	生年月日	職業(勤務先)	電話番号(勤務先)
		男・女	大・昭・平 年 月 日生		() -
		男・女	大・昭・平 年 月 日生		() -
		男・女	大・昭・平 年 月 日生		() -
		男・女	大・昭・平 年 月 日生		() -

○別居の親族(親・兄妹・子・その他の親戚)

氏名	住所	続柄	性別	電話番号
			男・女	() -
			男・女	() -
			男・女	() -

○介護の状況

身寄りがいないなど、介護をする者が全くいない。

身寄りが離れて住んでいる又は病院に長期入院中などのため、事実上介護をする者がいない。
⇒具体的状況 ()

主に介護をする者が次の事情に該当するため、十分な介護が困難である。

- ・主たる介護者の氏名 () 本人との続柄 ()
- ・該当事由(主たる介護者の状況で当てはまる項目にチェック)

⇒要介護：介護度 () 障害：程度 ()

病気：病名 () 高齢(70歳以上)：年齢 (歳)

就業：勤務先 () 育児：児童年齢 (歳)

複数介護：被介護者の状況 ()

その他 ()

※介護を補助する同居者(介護補助可能な18歳以上の者)の有無 (有 ・ 無)

上記以外

○日常生活動作について

移動	・自立(独立・杖・歩行器) ・車椅子(自操・介助) ・不可
食事	・自立 ・一部介助 ・全介助(形態) ・経管栄養
排泄	・自立(トイレ・ポータブルトイレ) ・一部介助(トイレ・ポータブルトイレ) ・全介助(トイレ・ポータブルトイレ・差込み) ・不可(オムツ使用)
入浴	・自立 ・一部介助 ・全介助(形態)
着脱衣	・自立 ・一部介助 ・全介助
起座	・自立 ・一部介助 ・全介助 ・不可
寝返り	・自立 ・一部介助 ・全介助 ・不可

○心身の状況について

視力障害	・無 ・弱視(左・右) ・全盲
聴力障害	・無 ・やや難聴(左・右) ・難聴
言語障害	・無 ・少し不自由 ・不自由
会話	・普通 ・どうにか可 ・不可
歯の障害	・無 ・一部義歯 ・総義歯
失禁	・有 ・無
床ずれ	・有 ・無
徘徊	・有(居室内 ・屋内 ・屋外) ・無

○主な病歴

年月	内容	年月	内容

○指定居宅介護支援事業所及び担当ケアマネジャー氏名

事業所名	担当ケアマネジャー氏名
------	-------------

○備考（上記以外で、特に伝えたい内容等ございましたらご記入ください。）