

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。

申込日	年 月 日
受付日	年 月 日

〒 : \_\_\_\_\_

住所 : \_\_\_\_\_

氏名 : \_\_\_\_\_ 続柄 \_\_\_\_\_

電話 : \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ )

**指定地域密着型介護老人福祉施設に入所  
したいので次のとおり申し込みます。**

申込先 (入所希望施設)				保険者			
(フリガナ)		性別		被保険者番号			
氏名		女		要介護度			
生年月日		年 月 日 ( ) 歳		要介護認定期間		年 月 日 から 年 月 日 まで	
現住所		〒 _____					
現況		<input type="checkbox"/> 自宅で一人で暮らしている <input type="checkbox"/> 自宅で家族と暮らしている <input type="checkbox"/> 特養などの施設や病院に入っている 「施設や病院等に入っている方」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: 平成 _____ 年 _____ 月 から入所・入院している					
介護者等の 状況	家族構成	<input type="checkbox"/> ア. イ・ウ以外の世帯 <input type="checkbox"/> イ. 高齢者夫婦世帯 <input type="checkbox"/> ウ. 独居 _____					
	介護者の有無	<input type="checkbox"/> ア. 主たる介護者以外に必要時に協力者有り <input type="checkbox"/> イ. 介護者は一人のみ <input type="checkbox"/> ウ. 介護者はいない					
	介護者の年齢	<input type="checkbox"/> ア. 60歳未満 <input type="checkbox"/> イ. 60~74歳 <input type="checkbox"/> ウ. 75歳以上(介護者はいない)					
	介護者の健康	<input type="checkbox"/> ア. 健康である <input type="checkbox"/> イ. 健康に不安を抱えている <input type="checkbox"/> ウ. 介護者自身が要介護者である(介護者はいない)					
	介護可能時間	<input type="checkbox"/> ア. 十分に介護に当たる時間有 <input type="checkbox"/> イ. 一部不在になる時間有 <input type="checkbox"/> ウ. ほとんど時間が取れない(介護者はいない)					
	要介護者との関係	<input type="checkbox"/> ア. 良好 <input type="checkbox"/> イ. 介護は行っているが疲労感が強い <input type="checkbox"/> ウ. 十分な介護ができておらず、最低限の関わりのみ(介護者はいない)					
入居希望者の 状況	待機状況	<input type="checkbox"/> ア. 施設・病院等に入所中で退所の働きかけがない <入所中で退所の働きかけがある=入所可能期間 <input type="checkbox"/> イ. 制限なし <input type="checkbox"/> ウ. 6~12か月 <input type="checkbox"/> エ. 6ヶ月未満 <input type="checkbox"/> オ. 自宅等					
	在宅サービス利用率	<input type="checkbox"/> ア. 施設・病院等に入所(院)中 <input type="checkbox"/> イ. 限度額の40%未満 <input type="checkbox"/> ウ. 限度額の40%~60%未満 <input type="checkbox"/> エ. 限度額の60%~80%未満 <input type="checkbox"/> オ. 限度額の80%以上					
	在宅サービス利用状況	<input type="checkbox"/> ア. 施設・病院等に入所(院)中 <input type="checkbox"/> イ. 十分サービスを利用している <input type="checkbox"/> ウ. まあまサービスを利用している <input type="checkbox"/> エ. 一部サービスを抑制している <input type="checkbox"/> オ. ほとんどサービスを抑制している					
	保険料の段階	<input type="checkbox"/> ア. 第5段階以上 <input type="checkbox"/> イ. 第4段階 <input type="checkbox"/> ウ. 第3段階 <input type="checkbox"/> エ. 第2段階 <input type="checkbox"/> オ. 第1段階					
	住居	<input type="checkbox"/> ア. 施設・病院等に入所(院)中 <input type="checkbox"/> イ. 快適な生活のできる住宅 <input type="checkbox"/> ウ. 一部居住性に問題がある <input type="checkbox"/> エ. かなり居住性に問題がある <input type="checkbox"/> オ. 帰る住まいがない					
入居希望時期	<input type="checkbox"/> 今すぐ入居したい <input type="checkbox"/> _____ 年 _____ 月 _____ 日 頃までに入居したい						
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"/> その他 ( _____ ) 【現在治療中の病気・特記事項等】						
申込状況	<input type="checkbox"/> 当該施設のみ申し込み <input type="checkbox"/> 他の施設申し込んでいる、又は今後申し込む予定 ◇既に申し込んでいる他の施設名 ( _____ ) ( _____ ) ◇今後申し込む予定の他の施設名 ( _____ ) ( _____ )						
主たる 介護者	(フリガナ)			性別			
	氏名	男		本人との関係			
	同居の区分	<input type="checkbox"/> 同居している <input type="checkbox"/> 別居している (住所: _____)		生年月日		年 月 日	
意見	【介護をしている上で困っていること等】						
紹介事業所 (又は支援センター名)	電話番号 _____ 担当 _____						
備考							

申込先 (入居希望施設)				保険者	
(フリガナ)				被保険者番号	
氏名		性別			
		女		要介護度	
生年月日		年 月 日 ( ) 歳		要介護 認定期間	年 月 日 から 年 月 日 まで
現住所		〒 -			
入居希望者の状況 問題行動	常時の徘徊	<input type="checkbox"/> ア. ない	<input type="checkbox"/> イ. ときどきある	<input type="checkbox"/> ウ. ある	
	外出して戻れない	<input type="checkbox"/> ア. ない	<input type="checkbox"/> イ. ときどきある	<input type="checkbox"/> ウ. ある	
	被害的	<input type="checkbox"/> ア. ない	<input type="checkbox"/> イ. ときどきある	<input type="checkbox"/> ウ. ある	
	作話	<input type="checkbox"/> ア. ない	<input type="checkbox"/> イ. ときどきある	<input type="checkbox"/> ウ. ある	
	感情が不安定	<input type="checkbox"/> ア. ない	<input type="checkbox"/> イ. ときどきある	<input type="checkbox"/> ウ. ある	
	昼夜逆転	<input type="checkbox"/> ア. ない	<input type="checkbox"/> イ. ときどきある	<input type="checkbox"/> ウ. ある	
	同じ話をする	<input type="checkbox"/> ア. ない	<input type="checkbox"/> イ. ときどきある	<input type="checkbox"/> ウ. ある	
	大声を出す	<input type="checkbox"/> ア. ない	<input type="checkbox"/> イ. ときどきある	<input type="checkbox"/> ウ. ある	
	介護に抵抗	<input type="checkbox"/> ア. ない	<input type="checkbox"/> イ. ときどきある	<input type="checkbox"/> ウ. ある	
	落ち着きなし	<input type="checkbox"/> ア. ない	<input type="checkbox"/> イ. ときどきある	<input type="checkbox"/> ウ. ある	
	一人で出たがる	<input type="checkbox"/> ア. ない	<input type="checkbox"/> イ. ときどきある	<input type="checkbox"/> ウ. ある	
	収集癖	<input type="checkbox"/> ア. ない	<input type="checkbox"/> イ. ときどきある	<input type="checkbox"/> ウ. ある	
	物や衣類を壊す	<input type="checkbox"/> ア. ない	<input type="checkbox"/> イ. ときどきある	<input type="checkbox"/> ウ. ある	
	ひどい物忘れ	<input type="checkbox"/> ア. ない	<input type="checkbox"/> イ. ときどきある	<input type="checkbox"/> ウ. ある	
	独り言・独り笑い	<input type="checkbox"/> ア. ない	<input type="checkbox"/> イ. ときどきある	<input type="checkbox"/> ウ. ある	
	自分勝手な行動	<input type="checkbox"/> ア. ない	<input type="checkbox"/> イ. ときどきある	<input type="checkbox"/> ウ. ある	
	話がまとまらない	<input type="checkbox"/> ア. ない	<input type="checkbox"/> イ. ときどきある	<input type="checkbox"/> ウ. ある	
	集団への不適応	<input type="checkbox"/> ア. ない	<input type="checkbox"/> イ. ときどきある	<input type="checkbox"/> ウ. ある	

特例入所の要件に該当する事由について  情報提供します

市に意見を求めます

●該当する事由に印を付けてください。

- 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みられる
- 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が頻繁にみられる
- 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
- 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

●該当する事由の具体的内容について記入してください。

●市の意見