

(注) 該当する方をチェックしてください

| | |
|-----|-------|
| 申込日 | 年 月 日 |
| 受付日 | 年 月 日 |

| | |
|--------------------------|------|
| <input type="checkbox"/> | 入所申込 |
| <input type="checkbox"/> | 変更届出 |

特別養護老人ホーム入所申込（変更届出）書

特別養護老人ホーム _____ 施設長 様

私は、次のとおり現在の私および私の介護者の状況に関する情報を付して、貴施設に入所申込（変更届出）を行います。

入所申込者（本人）の状況

| | | | 特 例 | (*1) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|---|-----|---------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------------|-----|-----------|----------|--|--|----------|--|--|----------|--|--|----------|--|--|----------|--|--|
| フリガナ | | 性別 | 要介護度 | 1・2 | 3・4・5 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 氏 名 | 印 | 男・女 | 有効期間 | 令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 生年月日 | 明・大・昭・平 年 月 日 (歳) | | 保険者名 (市町名) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 現住所 | 〒 _____ 住 所 _____ 電話番号 () _____ ファックス番号 () _____ 携帯電話番号 (本人・家族) () _____ メールアドレス (本人・家族) _____ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 本人の状況 (該当する項目 をすべてチェックしてください) | <input type="checkbox"/> ア 認知症のため常時の見守り、介護が必要 <input type="checkbox"/> イ 過去3カ月以内に何らかの在宅サービスを利用したことがある <input type="checkbox"/> ウ 医療サービス等介護保険外のサービス（医療保険のリハビリテーション等）を利用したことがある。（利用した内容を記載してください） [_____] | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> エ 施設や病院に入所（入院）中 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | <table border="1"> <thead> <tr> <th>入所（入院）期間</th> <th>種 別</th> <th>施 設（病 院）名</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>年 月～ 現 在</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>年 月～ 年 月</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>年 月～ 年 月</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>年 月～ 年 月</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>年 月～ 年 月</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> | | | | | 入所（入院）期間 | 種 別 | 施 設（病 院）名 | 年 月～ 現 在 | | | 年 月～ 年 月 | | | 年 月～ 年 月 | | | 年 月～ 年 月 | | | 年 月～ 年 月 | | |
| | 入所（入院）期間 | 種 別 | 施 設（病 院）名 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 年 月～ 現 在 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 年 月～ 年 月 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 年 月～ 年 月 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 年 月～ 年 月 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 年 月～ 年 月 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (注) 複数の施設等を連続して利用している場合は、新しい順から記入してください。 種別：特養、老健、療養型、病院、軽費、養護、グループホーム、有料、サ高住、障害施設等 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> オ 3カ月以上入院したため、貴施設を退所（契約解除）になった <input type="checkbox"/> カ 胃ろう、人工肛門、カテーテル、在宅酸素、インシュリン注射、たんの吸引、褥そうの処置、その他 () の医療的ケアを要する | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> キ 障害者手帳等の交付を受けている (*2) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <table border="1"> <tr> <td>手帳の種類 _____ (障害名： _____)</td> </tr> <tr> <td>(判定 _____ 級(度)・ _____ 年 月 日認定)</td> </tr> </table> | | | | | 手帳の種類 _____ (障害名： _____) | (判定 _____ 級(度)・ _____ 年 月 日認定) | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 手帳の種類 _____ (障害名： _____) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (判定 _____ 級(度)・ _____ 年 月 日認定) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

【添付書類】

- ①要介護1または2の方は、別記様式「特列入所申込理由書」を添付してください。（*1）
- ②「介護保険被保険者証」の写し
- ③イに該当する場合は、過去3カ月間の「サービス利用票」および「サービス利用票別表」の写し
- ④キに該当する場合は、障害者手帳等の写し（*2）

介護者の状況（施設等入所中の場合は、在宅に戻ったとした場合に予想される状況を記入）

該当する項目をすべてチェックしてください。

- ア 介護者がいない（独り暮らし）
 - イ 独り暮らしではあるが、介護者がいる。
 - ウ 本人を含む家族全員が65歳以上の世帯（高齢者世帯）
 - エ 介護者はいるが、疾病、傷病、認知症、障害、複数介護、育児、就労、家族が病気、介護放棄等の介護困難事情のため十分な介護ができない
- イ～エに該当する場合の記入欄

| 主 | 氏名 | 年齢 | 本人との関係 | 介護困難事情 | 同居別居 | 別居の場合の住所 |
|---|----|----|--------|--------|------|----------|
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

- (注) 1 すべての介護者・すべての世帯構成員について記入してください。
 2 介護困難事情の欄は、具体的に記入してください。
 3 主の欄は、主たる介護者について○を記入してください。

主たる介護者の意見

介護上の悩みや困っていることなどを記入してください。

- 常時の介護や見守りが必要である。
- 認知症を原因とする昼夜逆転・徘徊等の問題行動があり、介護者の日常生活に支障がある。
- 寝たきりにより食事・排せつ・入浴等日常生活を通じ、介助が必要である。
- 在宅サービスを利用しても在宅生活に支障がある。
- 近くに在宅サービス事業者がなく、その利用が困難。
- 介護疲れがひどい。 慣れた人でも意思疎通は困難。

その他

- ()
- ()
- ()

同意書（本人）

介護保険サービスの円滑な運営を支援するため、滋賀県または県内市町から要請があった場合または入所決定に関して保険者へ報告および意見を求める必要がある場合は、当施設が保有する入所申込に関する情報を提供することに同意します。

令和 年 月 日 氏名 _____ 印 _____

代行者（本人に代わってこの申込（届出）書を記入された場合は、次の欄を記入してください。）

| 氏名 | 印 | 本人との関係 |
|--------|-----|-------------|
| 住所 | 〒 | |
| 電話番号 | () | ファックス番号 () |
| 携帯電話番号 | () | メールアドレス |

注1 氏名を記入する欄は全て自署（サイン）または記名押印をしてください。

注2 この申込書の提出後に介護者の状況や本人の状況などに変更が生じた場合、要介護認定を更新した場合、要介護認定区分が変更となった場合には、変更届出書を提出する必要があります。ただし、要介護認定の更新時の場合、要介護度その他申込書に記入した事項に変更がない場合は、更新後の介護保険被保険者証の写しの提出をもって変更届にかえることができます。これらの提出が無い場合は、施設が確認の上、辞退されたものとみなすことがあります。