

入 所 申 込 書

| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---------------------------------|-----------------------------------|---------------------|--|---|--|--|------------------------------------|---|----------|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 申込年月日 | | 令和 年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 入 所 申 込 者 | フリガナ | | | <input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 | | 性別 | | <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 | | | | | | | | | |
| | 氏名 | | | 年 月 日 (歳) | | | | | | | | | | | | | |
| | 住所 | 〒 (-) | | 連絡先 | | () | | | | | | | | | | | |
| | 介護保険 情報 | 介護認定 | <input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 申請(更新・変更)中 | | 要介護度 | <input type="checkbox"/> 支1 <input type="checkbox"/> 支2 <input type="checkbox"/> 介1 <input type="checkbox"/> 介2 <input type="checkbox"/> 介3 <input type="checkbox"/> 介4 <input type="checkbox"/> 介5 | | | | | | | | | | | |
| | | 保険者名 | | | 被保険者番号 | | | | | | | | | | | | |
| 認定有効期間 | | 令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 現在の 住居 | <input type="checkbox"/> 自宅 | | <input type="checkbox"/> 特別養護老人ホーム | | <input type="checkbox"/> 介護老人保健施設 | | <input type="checkbox"/> 介護療養型医療施設 | | | | | | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> 介護医療院 | | <input type="checkbox"/> グループホーム | | <input type="checkbox"/> 養護老人ホーム | | | | | | | | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> 軽費老人ホーム | | <input type="checkbox"/> 有料老人ホーム | | <input type="checkbox"/> サービス付き高齢者向け住宅 | | | | | | | | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> 病院・有床診療所 | | <input type="checkbox"/> その他 () | | | | | | | | | | | | | | |
| | 年 月頃より | | 施設名等【 】 | | | | | | | | | | | | | | |
| 家 族 ・ 申 込 者 | フリガナ | | | 続柄 | | 備考 | | | | | | | | | | | |
| | 氏名 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 住所 | 〒 (-) | | 連絡先 | | () | | | | | | | | | | | |
| その他の 連絡先 | フリガナ | | | 続柄 | | 備考 | 連絡先 | | () | | | | | | | | |
| | 氏名 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 居 宅 介 護 支 援 者 | 事業所名 | | | フリガナ | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | 担当者名 | | | | | | | | | | | | | |
| | 連絡先 | () | | 備考 | | | | | | | | | | | | | |
| 他 施 設 の 申 込 | 施設名 1 | | | 申込 <input type="checkbox"/> 予定 <input type="checkbox"/> 済 (申込時期 年 月頃) | | | | | | | | | | | | | |
| | 施設名 2 | | | 申込 <input type="checkbox"/> 予定 <input type="checkbox"/> 済 (申込時期 年 月頃) | | | | | | | | | | | | | |
| 入所希望時期 | <input type="checkbox"/> 今すぐ入所したい | | <input type="checkbox"/> 年 月頃入所したい | | | | | | | | | | | | | | |

【入所を希望する理由】

入所を希望する理由について、該当する項目にチェックしてください。（複数選択可）

| | |
|----------|--|
| 要介護度 | <input type="checkbox"/> 要介護度が進み、特別養護老人ホームで常時介助を受ける必要がある。 |
| 心身の状況 | <input type="checkbox"/> 認知症又は、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（BPSD）や意思疎通の困難さ等が頻繁に見られる。 |
| 介護者の状況 | <input type="checkbox"/> 身寄りがない若しくは家族等がいても疎遠である等介護する者がいない <input type="checkbox"/> 介護する者はいるが、要支援状態、高齢等の状況にあり、十分な介護が困難 |
| 在宅生活の可能性 | <input type="checkbox"/> 在宅サービスを利用しても在宅生活の継続が困難である（例：十分なケアが受けられない（夜間の介護等）、近くに在宅サービス機関がなくその利用が困難） |
| 家屋等の状況 | <input type="checkbox"/> 在宅サービスの利用に必要な住環境に支障がある（例：住居が狭い、住宅の改修ができない、立地・地形上の理由から在宅サービスの利用が困難） |
| その他 | <input type="checkbox"/> 記入例 ・経済的理由により特別養護老人ホーム以外を検討できない。 ・介護者の介護負担が大きい。（介護による睡眠不足、精神疾患など） |

【特列入所の要件に関する事項】

「要介護1」又は「要介護2」の場合は、該当する項目にチェックしてください。

| | |
|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | 認知症であって、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。 |
| <input type="checkbox"/> | その他（内容を具体的に記入してください。） <div style="border: 1px solid black; height: 80px; width: 100%;"></div> |

【説明確認及び同意欄】

- ①入所申込から入所までの手続きの流れ及び入所にあたっての注意事項
 ②入所申込者の入所優先順位決定方法
 ③原則、要介護3以上が入所要件であり、特段の事情が無い限り要介護1、2では入所できないこと。
 ④次の場合は、施設に遅滞なく連絡すること。
 ア申込者側の心身の状態及び生活環境等が、入所申込時と比較して大きく変化した場合
 イ申込者側の事情により入所申込みを取り下げる場合
 ウ入所申込者が他の介護保険施設、社会福祉施設その他の高齢者向けの施設に入所した場合
 エ入所申込者が死亡した場合

- 以上の事項について施設から説明を受けました。
 ○今後の宮崎県および関係市町村における高齢者保健福祉施策の参考とするため、この申込書の内容を宮崎県及び関係市町村に報告することに同意します。

年 月 日 氏名 印 続柄 ()

【担当介護支援専門員等記入欄】

以下は、担当介護支援専門員や、その役割を果たされている方（施設（病院）のソーシャルワーカー、相談員）、他介護保険事業所の介護支援専門員等）が記載してください。適当な方がいない場合は記載不要です。

| 担当介護支援専門員等の役職・氏名 | 事業所名 | 連絡先電話番号 |
|------------------|------|---------|
| | | |

入所についての意見等（入所の必要性、緊急性等）を記載してください。

| |
|--|
| |
|--|

（参考）

記載する内容については、以下項目例を参考にしてください。

○項目例

- 【本人の心身の状況】
- 【介護者（家族等）の状況】
- 【在宅生活の可能性】
- 【家屋等の状況】

【施設記入欄】

| | | | |
|--------|-------|-----|---|
| 受付年月日 | 年 月 日 | | |
| 受付担当者名 | | 職 種 | <input type="checkbox"/> 施設長 <input type="checkbox"/> 相談員 <input type="checkbox"/> ケアマネ <input type="checkbox"/> その他（ ） |
| 備 考 | | | |