

入居申込書 (記入例)

入居意思確認欄

①すぐにも入居希望	<input checked="" type="radio"/>
②状態が変われば入居希望	<input type="radio"/>
③すぐの入居は希望しない	<input type="radio"/>

※すぐにも入居希望の方を入所順位名簿に記載します。

記入年月日	令和 1 年 5 月 1 日		従来型(多床室)希望		・ ユニット型(個室)希望		・どちらでもよい	
本人	フリガナ	ウシマド タロウ		明治	大正		昭和	
	氏名	牛窓 太郎		生年月日	11 年 11 月 11 日 (92 歳)		性別	<input checked="" type="radio"/> 男 ・ 女
	住所	郵便番号(701 - 4301) 瀬戸内市牛窓町長浜1745-00		電話番号	0869 (34) 0000			
家族・申込者	フリガナ	ウシマド イチロウ		続柄	長男		備考	
	氏名	牛窓 一郎		郵便番号(701 - 4301)	電話番号		0869 (34) 0000	
	住所	郵便番号(701 - 4301) 瀬戸内市牛窓町長浜1745-00		携帯電話番号	090 (0000) 0000			
居宅介護 支援 事業者	その他の連絡先	郵便番号(-)		電話番号	()			
	事業所名							
	所在地	郵便番号(-) 〇〇居宅介護支援センター		電話番号	()			
入院・入所先	フリガナ	担当者名		〇〇 〇〇		備考		
	病院名・施設名							
	所在地	郵便番号(-)		電話番号	()			
他施設の申込状況	フリガナ	担当者名		備考				
	施設名1	〇〇荘		申込 予定 ・ <input checked="" type="radio"/> 済 (申込時期 H25 年 10 月頃)				
	施設名2			申込 予定 ・ 済 (申込時期 年 月頃)				
施設名3			申込 予定 ・ 済 (申込時期 年 月頃)					

【説明確認及び同意書】

- ・申込書の内容に変化があった場合は、施設に連絡することについて同意します。
- ・要介護認定に変更があった場合は、介護保険被保険者証を施設に提示することに同意します。
- ・入所のご案内をした際に自己都合により入所を辞退された場合は、入所順位名簿から削除されることに同意します。
- ・入所制度の適正な運用のため、この申込書及びそれらから作成した資料等を行政機関等の求めに応じて提供することに同意します。
- ・施設が居宅介護支援事業者へ入所希望者の状況について確認することに同意します。

令和 1 年 5 月 1 日

氏名 牛窓 一郎 印 (続柄 長男)

施設記入	担当者名			職種	相談員 ・ ケアマネ ・ その他()			
	受付番号			受付年月日	令和 年 月 日			
	備考							

※裏面に続きます。

入居申込書（記入例）

介護認定	申請（更新・変更）中・済	被保険者番号	0000123456
要介護度	1・2・3・4・5	認定の有効期間	平成 30年 11月 1日～令和 2年 10月 31日
介護者の状況	（□内は該当項目にチェック） 該当する番号1つに○	1. 身寄りがなく、介護する者がいない 2. 介護する者がいない（□ 介護者が長期入院・入所 □ 介護者が遠方に在住） 3. 介護する者はいるが、十分な介護力がない。 （介護者が □ 要介護状態 □ 病気療養中 □ 障害がある） ④ 介護する者はいるが、介護にあたる時間を十分に確保できない。 （介護者が <input checked="" type="checkbox"/> 要支援状態・高齢 □ 就労している □ 他にも介護している □ 育児している） 5. 介護する者はいるが、上記以外の理由で介護を行うことが困難である。 6. 1～5に該当しない（介護に欠ける状態ではない）。 ※ 上記を記入し、現在の家族状況、介護者の状況をご記入ください。	
		1. 施設 □ 特養（□従来型 □ユニット型） □ 老健 □ 介護療養型 □ 養護 □ ケアハウス □ 認知症高齢者グループホーム □ 有料老人ホーム □ 救護・更生施設（保護施設） □ 障害者入所施設 □ 生活支援ハウス □ その他（ 2. 病院（病名： 入院：平成 年 月から） ③ 在宅 <input checked="" type="checkbox"/> 訪問介護（□ 週4回以上 <input checked="" type="checkbox"/> 週2～3回 □ 週1回） □ 訪問入浴介護（□ 週1回以上） □ 訪問看護／訪問リハビリテーション（□ 週2回以上 □ 週1回） □ 定期巡回・随時対応型訪問介護看護 □ 夜間対応型訪問介護 <input checked="" type="checkbox"/> 通所介護／通所リハビリテーション <input checked="" type="checkbox"/> 週2回以上 □ 週1回） □ 認知症対応型通所介護 □ 短期入所生活介護／療養介護（最近3か月の利用日数合計 ____日） □ 小規模多機能型居宅介護 □ 複合型サービス	
入所者本人の状況	（□内は該当項目にチェック） 現在の住居及び介護サービス利用状況	○食事 □ 自分でできる <input checked="" type="checkbox"/> 見守り □ 一部介助 □ 全介助 ○入浴 □ 自分でできる □ 見守り <input checked="" type="checkbox"/> 一部介助 □ 全介助 ○排泄 □ 自分でできる □ 見守り <input checked="" type="checkbox"/> 一部介助 □ 全介助 （使用） <input checked="" type="checkbox"/> リハビリパンツ □ 紙おしめ <input checked="" type="checkbox"/> 尿とりパット □ その他 ○歩行 □ 自分でできる □ 見守り □ 一部介助 <input checked="" type="checkbox"/> 全介助 （使用） □ 杖 □ シルバーカー □ 歩行器 <input checked="" type="checkbox"/> 車椅子 □ その他	
		○病歴 アルツハイマー型認知症（H22.10） 糖尿病（H23.3）	
その他	該当する番号に○	① 認知症の行動・心理症状がある 2. 住居環境が介護に適していない 3. 介護老人保健施設や病院等に入所（入院）しており、退所（退院）後も在宅生活が困難である 4. 当該施設（あじさい）併設のショートステイの利用経験が定期以上である 5. 地域性がある（近所に民家が無い、周りの援助を受けることが難しい等） 6. その他	