

(別紙様式1)

【特例(要介護1又は2) 要介護3～5】

受付日 令和 年 月 日

※施設記入欄

### 入 所 申 込 書

受付番号

※施設記入欄

施設に入所したいので、次のとおり申し込みます。

同意欄	<p>入所判定及び入所待機者の状況把握に必要な場合は、施設が市町村、地域包括支援センター、居宅介護支援事業所、他の介護保険施設・事業所等から、必要な情報を得ることに同意します。 また、施設が行政機関等からの求めに応じて情報提供することに同意します。</p> <p>令和 ○○年 ○○月 ○○日 氏名 養生 花子 印</p>
-----	---

申請者 (連絡先)	〒502-0015 住所 岐阜市雄総柳町2丁目60番地	氏名 養生 太郎
		電話 058 ( 297 ) 2525

※下記は介護保険被保険者証情報を記載して下さい

入所申込者	フリガナ	ヨウジョウ ハナコ	性別	保 険 者	岐阜市	
	氏 名	養生 花子 印	男(女)	被 保 険 者 番 号	0 0 0 0 ○ ○ ○ ○ ○ ○	
	生年月日	明・大・昭 ○○年 ○○月 ○○日		要 介 護 状 態 区 分	要介護(1・2・3・4・5)	
	現 住 所	〒 -		要 介 護 認 定 有 効 期 間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで	
	居 住 状 況	■ 自宅	<input type="checkbox"/> 独居	<input checked="" type="checkbox"/> 高齢者(65歳以上)のみ世帯 <input type="checkbox"/> 家族が障害や疾病 <input checked="" type="checkbox"/> 家族が就労 <input type="checkbox"/> 他の家族等の世話(育児等) <input type="checkbox"/> その他( )		
			<input checked="" type="checkbox"/> 介護困難家族等と同居			
			<input type="checkbox"/> 介護可能家族等と同居			
	<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"/> 介護療養型医療施設以外の病院 <input type="checkbox"/> グループホーム <input type="checkbox"/> ケアハウス(□特定) <input type="checkbox"/> 有料老人ホーム(□特定) <input type="checkbox"/> サービス付き高齢者向け住宅(□特定) <input type="checkbox"/> 養護老人ホーム(□特定) <input type="checkbox"/> その他(施設名等: )					
	※別居家族( <input checked="" type="checkbox"/> 介護困難 <input type="checkbox"/> 介護可能 <input type="checkbox"/> 別居家族なし ) ※別住所に御家族等がみえましたら確認をお願いします					
	住 環 境	<input type="checkbox"/> 車いすを使用しているが、住居の廊下等の構造が適していないため、介護が困難 <input type="checkbox"/> 住居の便所、浴室、階段等の形態や構造が適していないため、介護が困難 <input type="checkbox"/> その他( )				
特 例 入 所 理 由	<p>【要介護1又は2の入所申込者のみ記入】</p> <p>※施設以外での生活が著しく困難な理由を記載(認知症・知的障害・精神障害等、家族等による深刻な虐待、単身世帯、同居家族が高齢等により、在宅生活が困難な状態であるかがわかるように)</p>					

入所申込者	入所希望時期	<input checked="" type="checkbox"/> 今すぐ入所したい <input type="checkbox"/> 6ヶ月以内に入所したい <input type="checkbox"/> 1年以内に入所したい <input type="checkbox"/> 令和 年 月頃(まで・以降)に入所したい <input type="checkbox"/> とりあえず申し込みたい			
	医療の状況	<input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> IVH <input type="checkbox"/> インシュリン注射 <input type="checkbox"/> じよく瘡(床ずれ) <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> バルーンカテーテル <input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> 人工膀胱 <input type="checkbox"/> その他( )			
	特養申請状況	<input type="checkbox"/> 当該施設のみ申請 <input checked="" type="checkbox"/> 他の施設にも申請している(申請している施設名: ※他の施設名の記入をお願いします。 ) (申込時期: 年 月 日)			
主介護者	フリガナ	ヨウジョウ タロウ	性別	本人との関係	夫
	氏名	養生 太郎	男・女	生年月日	明・大・昭 〇〇年〇〇月〇〇日
	同居有無	<input checked="" type="checkbox"/> 同居している <input type="checkbox"/> 別居している <input type="checkbox"/> その他( )			
同居家族	氏名	養生 〇〇	年齢	60	本人との関係 長男
	氏名	養生 〇〇	年齢	58	本人との関係 長男の嫁
	氏名	養生 〇〇	年齢	30	本人との関係 孫
	氏名		年齢		本人との関係
	氏名		年齢		本人との関係
	氏名		年齢		本人との関係
入所希望理由	(該当する項目全てにチェック) <input type="checkbox"/> 身寄りがなく、介護する者がいないため。 <input type="checkbox"/> 介護する者がいないため。( <input type="checkbox"/> 介護者が長期入院・入所 <input type="checkbox"/> 介護者が遠方に在住) <input checked="" type="checkbox"/> 介護する者はいるが、十分な介護力がないため。 (介護者が <input checked="" type="checkbox"/> 高齢 <input type="checkbox"/> 要介護・要支援状態 <input type="checkbox"/> 病気療養中 <input type="checkbox"/> 障害がある) <input checked="" type="checkbox"/> 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ため。 (介護者が <input checked="" type="checkbox"/> 就労している <input type="checkbox"/> 他にも介護している <input type="checkbox"/> 育児している) <input type="checkbox"/> 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ため。 (理由: )				
備考	担当ケアマネジャー	<input checked="" type="checkbox"/> いる ※事業所名( 〇〇〇〇事業所 )名前( 〇〇 〇〇 ) <input type="checkbox"/> いない			

【施設記入欄】

※調査票(別紙様式2)及び被保険者証・直近3ヶ月分のサービス利用票(別表を含む)を併せて提出願います。  
 ※要介護1又は2の方は特例入所の要件に該当することを判定したうえで正式な受付をします。  
 ※別途資料の提供を求める場合があります。