

指定介護老人福祉施設(特別養護老人ホーム)入所申込書

申込日	令和	年	月	日
受付日	令和	年	月	日

- 申し込みは事前に施設に連絡した上で、施設を訪問する、もしくは郵送により行って下さい。
- ケアマネジャーと契約している場合は、必ず相談した上で、お申し込み下さい。
- 申込後、本人及び介護者の状況に変動があった場合(要介護度が変わった、認知症の症状の程度が重くなった等)は、必ず申込みをした全ての施設へ連絡をお願いいたします。

※ この申込書に記入された内容については、特養入所待機者管理及び入所判定以外の目的には使用いたしません。

申込者	氏名		自宅	()
	住所 〒 -		携帯	()
			会社	()

※施設からの郵便物は上記連絡先に送付いたしますので、施設からの連絡を受けることができる方を申込者としてください。
 ※電話番号は日中連絡が取れる番号をご記入ください。

入所希望者の状況	フリガナ		性別	
	入所希望者氏名		男・女	介護保険被保険者番号
	生年月日	明・大・昭 年 月 日 ()歳	要介護認定期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで
<p>※要介護度1・2の方については、以下該当するものを必ず回答してください。</p> <input type="checkbox"/> 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。				
	入所希望時期	<input type="checkbox"/> 今すぐ入所したい <input type="checkbox"/> 令和 年 月頃までに入所したい <input type="checkbox"/> その他()		
	経済状況	<input type="checkbox"/> 年金(国民・厚生・共済・他) 【月額】 円 ※2ヶ月に1度支給される額の半額 <input type="checkbox"/> 生活保護 <input type="checkbox"/> 仕送り <input type="checkbox"/> その他収入 () 【月額】 円		
	負担限度額認定証	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし (未申請・却下)		
入所希望者の居所	<input type="checkbox"/> 自宅	〒 -		
	<input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 介護老人保健施設	【病院名・施設名】		
	<input type="checkbox"/> 介護医療院 <input type="checkbox"/> グループホーム	【所在地(市区町村)】		
	<input type="checkbox"/> ケアハウス <input type="checkbox"/> サービス付き高齢者向け住宅	【入院・入所時期】平成・令和 年 月		
	<input type="checkbox"/> 有料老人ホーム	【退院・退所予定時期】令和 年 月		
<input type="checkbox"/> その他()	【退院・退所後の居所】			

