

入 所 申 込 書

地域密着型特別養護老人ホーム 光の子

申込日	平成	年	月	日
受付日	平成	年	月	日

入所を希望される方の状況				
ふりがな		性別	男 ・ 女	
氏 名	Ⓜ	生年月日	明・大・昭 年 月 日 (歳)	
住 所 (住民登録上)	〒	電 話		
介護保険 被保険者番号		要介護度	1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5	
認定の有効期間	平成 年 月 日 から 平成 年 月 日まで			
現在居るところ	下記の事項の中で該当する箇所にチェックをつけてください。 <input type="checkbox"/> 自宅で一人暮らし <input type="checkbox"/> 自宅で家族と暮らしている <input type="checkbox"/> 施設や病院に入っている <input type="checkbox"/> その他			
	施設や病院に入っている方は下記の事項を記入してください。			
	期 間	平成 年 月 日 から 入院 ・ 入所		
	施設名			
所在地				
入所を希望する理由 (該当するものすべてを選んでください)	<input type="checkbox"/> 介護するものがないため。 <input type="checkbox"/> 介護するものが「高齢」「障害」「疾病」等により十分な介護が困難なため。 <input type="checkbox"/> 介護者が就労していることから、十分な介護が困難なため。 <input type="checkbox"/> 介護者の身体的・精神的負担が大きく十分な介護が困難なため。 <input type="checkbox"/> 居住環境の事情により十分な介護が困難なため。 <input type="checkbox"/> 施設や病院等から退所を求められているが、自宅での介護が困難なため。 <input type="checkbox"/> その他 ()			
入所希望の時期	<input type="checkbox"/> 今すぐ入所したい <input type="checkbox"/> 平成 年 月頃までに入所したい			
医療の状況	<input type="checkbox"/> 血液透析 <input type="checkbox"/> 腹膜透析 <input type="checkbox"/> インシュリン注射 <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> その他 () 【現在治療中の病気・特記事項】			
申込の状況	<input type="checkbox"/> 当施設のみ申し込む <input type="checkbox"/> 他の施設も申し込んでいる、または今後他の施設も申し込む予定 ▶ 既に申し込んでいる他の施設名 () ▶ 今後申し込む予定の他の施設名 ()			

ご家族（主たる介護者）の状況			
ふりがな		性別	男 ・ 女
氏名		生年月日	明・大・昭 年 月 日 (歳)
同居・別居の区分	<input type="checkbox"/> 同居している <input type="checkbox"/> 別居している	本人との関係	配偶者・親子・親族 その他()
別居の場合の住所	〒	電話	
介護しているうえで困っていることなど			

連絡先（今後、郵便物等はこの連絡先にお送りさせていただきます。）			
住所	〒		
氏名		本人との関係	
電話番号		携帯電話番号	

同意書	
<p>今後の長崎県及び関係市町村の高齢者対策の参考とするため、必要がある場合にはこの申込書の内容を長崎県および関係市町村に報告することに同意します。</p>	
<p>平成 年 月 日</p>	
本人署名	_____ (印) 代筆者署名 _____ (続柄)

※以下を添付してください。

- ▶ 被保険者証（写）
- ▶ サービス利用票（写） 直近3ヶ月分
- ▶ サービス利用票別表（写）

入所についての介護支援専門員意見書

入所希望者氏名

1・本人の状況

要介護度	要介護 1	・ 2	・ 3	・ 4	・ 5
痴呆による不適応行動	非常に多い	やや多い	少しあり	なし	

2・在宅サービス利用度

在宅サービス限度額割合	60%以上	50%以上	30%以上	30%未満
-------------	-------	-------	-------	-------

3・主たる介護者・家族等の状況

世帯の状況	独居	高齢者世帯	その他	
介護者の年齢・続柄				
介護者の介護負担	重い	やや重い	軽い	負担なし
介護者が障害や疾病	有・無（ ）			
介護者の就労	有・無（職種等		）	
	日/週		時間/日	
他の要介護者	有・無（要支援・要介護 1・2・3・4・5）			
介護者の育児、 家族の病気	有・無（ ）			
主たる介護者以外の 介護協力	有・無（続柄 日/週程度）			
	※1日あたりの目安は、2時間程度以上又は、頻回以上とする			

4・入所についての介護支援専門員の意見

事業所名

記載者氏名

印

注意) 意見書作成にあたっては、別紙3-2<評価基準における状況評価上の留意事項>を参照の上記入のこと