

**ユニット型指定介護老人福祉施設入居申込み書**  
(特別養護老人ホーム)

施設名

特別養護老人ホーム 三和の里 施設長 様

入居を希望するので、下記のとおり申込みます。

申込日	令和 年 月 日
受付日	令和 年 月 日
受付者	

入居希望者	ふりがな		性別	男	生年月日	明・大・昭 年 月 日
	氏名			女		( 歳)
	住所	〒 ー				(TEL ) (FAX )
被保険者番号			要介護度	3 4 5 ( 1 2 )		
保険者番号			保険者名			
初回要介護認定年月日	平・令 年 月 日		認定の有効期間	平・令 年 月 日	～	平・令 年 月 日
認定審査会の意見等						

※上記（初回要介護認定年月日以外）は、入居希望者の介護保険被保険者証から転記願います。

申込み者	住所	〒 ー	入居希望者との続柄	(TEL ) (FAX )
	ふりがな			
	氏名			
連絡先	住所	〒 ー	入居希望者との続柄	(TEL ) (FAX )
	ふりがな			
	氏名			

※申込み者以外の方へ連絡を希望される方は、連絡先欄もご記入ください。

申込み状況	<input type="checkbox"/> 当該施設のみ申し込む。 <input type="checkbox"/> 他の施設も申し込んでいる。又は申し込む予定。	
	既に申し込んだ施設名	( ) ( )
		( ) ( )
	申し込み予定施設名	( ) ( )
	( ) ( )	

同意及び説明確認	入居希望者、介護者を円滑に支援するために、市町村・ケアマネージャー等にこの申込み内容を情報提供し、また情報提供を受けることに同意します。 また、入居申込みから入居契約までの手続き、及び入居の決定方法について申込み案内を読み、内容について承諾しました。
	令和 年 月 日 入居希望者（申込み）又は申込み代理人
	氏名 <span style="float: right;">印</span>

## 入居希望者等の状況

※該当するものに☑印をつけ、その状況をご記入ください。

現在の居所	<input type="checkbox"/> 自宅で一人暮らしをしている <input type="checkbox"/> 自宅で家族と暮らしている <input type="checkbox"/> 特養・老健などの施設や病院に入っている 施設又は病院名 ( ) 施設等へ入所又は入院した時期 (昭・平・令 年 月から)				
入居希望時期	<input type="checkbox"/> 今すぐ <input type="checkbox"/> 半年以内 <input type="checkbox"/> 1年以内 <input type="checkbox"/> その他 ( )				
入居を希望する理由  (該当するものをいくつでも選んでください)	<input type="checkbox"/> 介護する者がいないため <input type="checkbox"/> 介護する者が遠く離れたところに住んでいるため <input type="checkbox"/> 介護する者が「高齢」「障害」「病気」等により介護することが困難なため <input type="checkbox"/> 介護する者が就労していて介護することが困難なため <input type="checkbox"/> 介護する者の身体的・精神的負担が大きいため <input type="checkbox"/> 居住環境の事情により、十分な介護をすることが困難なため <input type="checkbox"/> 施設や病院から退所(退院)を求められているため <input type="checkbox"/> その他 ( )				
医療に関する状況	(特別な医療的対応) <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 在宅酸素療法 <input type="checkbox"/> インシュリン注射 <input type="checkbox"/> 人工透析 <input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> バルーンカテーテル <input type="checkbox"/> その他 ( ) (現在治療中の病気等) (その他健康状態に関する特記事項)				
認知症等による行動障害  (行動障害の起きる頻度にも☑印を付けて下さい)	<input type="checkbox"/> 該当なし <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 不穏行動 <input type="checkbox"/> 自傷行為 <input type="checkbox"/> 暴力行為 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 異食行動 <input type="checkbox"/> 火の不始末 <input type="checkbox"/> 被害妄想 <input type="checkbox"/> その他 ( ) <input type="checkbox"/> ほとんど毎日 <input type="checkbox"/> 週3~4回程度 <input type="checkbox"/> 週1~2回程度 <input type="checkbox"/> 月に数回程度				
介護の状況	飲水食事摂取	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助
	排 尿	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助
	排 便	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助
	入 浴	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助
	歩 行	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助
	衣服着脱	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助
	視 力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> やや見えにくい <input type="checkbox"/> かなり見えにくい <input type="checkbox"/> 全く見えない			
	聴 力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> やや聞えにくい <input type="checkbox"/> かなり聞えにくい <input type="checkbox"/> 全く聞えない			
	意思の伝達	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> やや伝えにくい <input type="checkbox"/> かなり伝えにくい <input type="checkbox"/> 全く伝えられない			

## 介護者の状況

介護者の状況	ふりがな		性別	男・女	生年月日	明・大・昭・平 年 月 日 ( 歳)	続柄	
	氏名							
	居住関係	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居 (住所: _____) 入居希望者宅までの所要時間 ( _____ 分)						
	就労状況	<input type="checkbox"/> 就労していない <input type="checkbox"/> 就労している (週 _____ 日、週 _____ 時間程度)						
	健康状態	<input type="checkbox"/> 健康 <input type="checkbox"/> 病弱・慢性疾患等で定期的に通院中・病名 _____ ) ・入院していないが継続的な治療を要する・病名 _____ ) ・要入院加療 ( _____ か月程度・病名 _____ )						
	身体状況	<input type="checkbox"/> 障害有 ( _____ 級・障害の種類: _____ ) <input type="checkbox"/> 無						
	要介護度	<input type="checkbox"/> 有 ( 要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5 ) <input type="checkbox"/> 無						
他に対応を要する家族の有無	<input type="checkbox"/> 育児の必要な家族がいる (子どもの年齢 _____ 歳) <input type="checkbox"/> 3か月以上看病 (付添) の必要な家族がいる (自宅療養・入院中) <input type="checkbox"/> 入居希望者以外に介護の必要な家族がいる (要支援・要介護 1 2 3 4 5) <input type="checkbox"/> 介護の必要な障害を有する家族がいる ( _____ 級・種類: _____ )							
介護協力者の有無	<input type="checkbox"/> 同居親族に協力者がいる <input type="checkbox"/> 同居以外の親族に協力者がいる <input type="checkbox"/> 親族以外の協力者 (近隣者など) がいる <input type="checkbox"/> 協力してくれる人はいない							
相談窓口	無・有	介護事業所・市町村・包括支援センター・その他 ( _____ ) 居宅介護支援事業所名 ( _____ ) ケアマネージャー名 ( _____ )						
【介護をされていて困っていること、その他特記すべき事項をお書きください。】								

※申込み書に添えて提出する書類

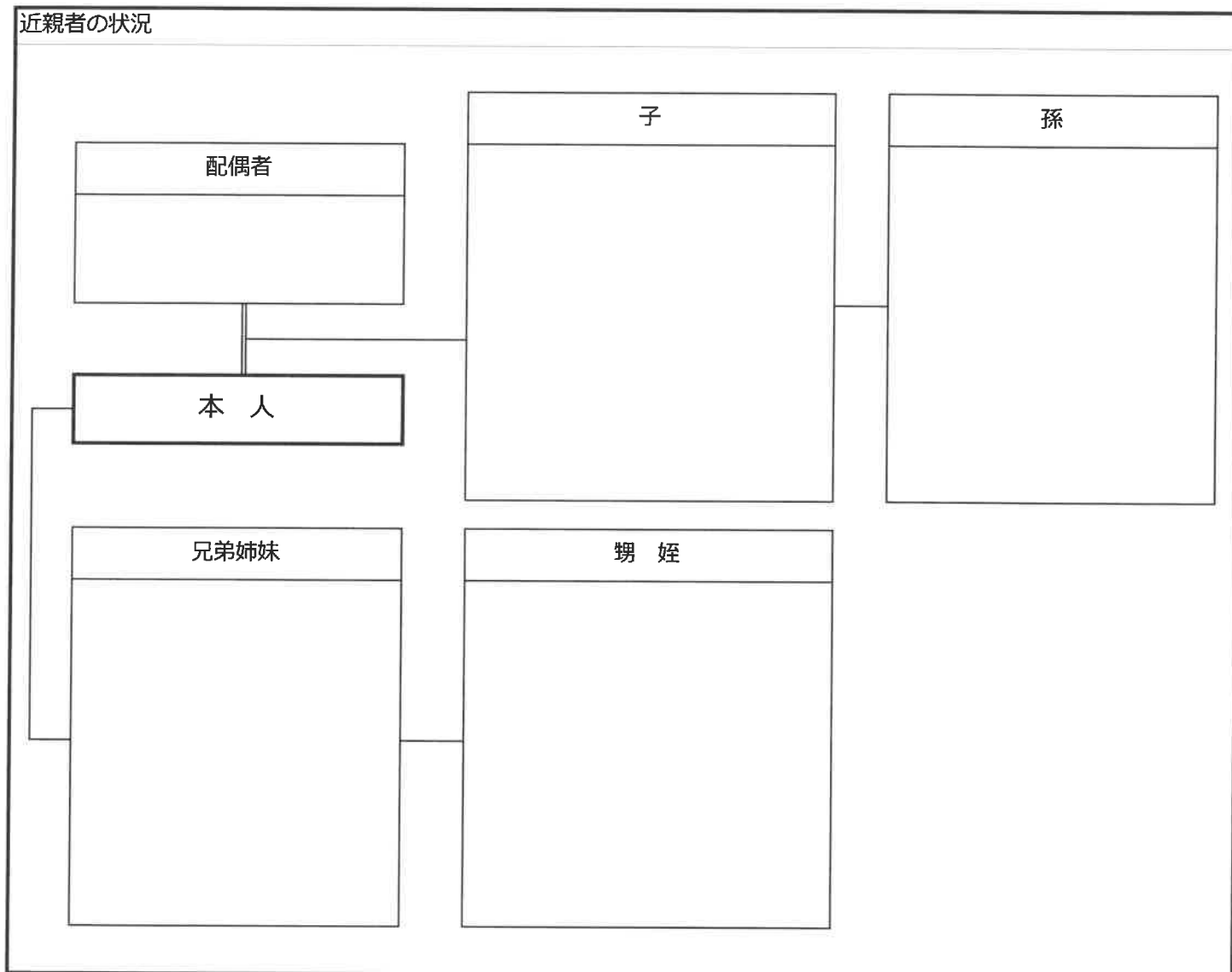
- 1 入居希望者の介護保険被保険者証 (写)
- 2 直近のサービス利用票及び別表 (写) ……現在、在宅でお過ごしの方のみ提出してください。

## 入居希望者の親族の状況

同居の家族（※入居希望者本人については記入不要です。）

氏名		生年 月日	明・大・昭・平・令 年 月 日	続柄	
				就労状況	
氏名		生年 月日	明・大・昭・平・令 年 月 日	続柄	
				就労状況	
氏名		生年 月日	明・大・昭・平・令 年 月 日	続柄	
				就労状況	
氏名		生年 月日	明・大・昭・平・令 年 月 日	続柄	
				就労状況	
氏名		生年 月日	明・大・昭・平・令 年 月 日	続柄	
				就労状況	

## 近親者の状況



# 変 更 届

特別養護老人ホーム 三和の里 施設長 様

先に提出した「ユニット型指定介護老人福祉施設入居申込み書（特別養護老人ホーム）」の内容に変更がありましたので届け出ます。

入居希望者氏名						変更届出年月日：	令和 年 月 日			
要介護度	3 ・ 4 ・ 5 （ 1 ・ 2 ）									
住 所	〒 -					(TEL )				
現在の居所	<input type="checkbox"/> 自宅で一人暮らしをしている <input type="checkbox"/> 自宅で家族と暮らしている <input type="checkbox"/> 特養・老健などの施設や病院に入っている 施設又は病院名 ( ) 施設等へ入居又は入院した時期 (昭和・平成 年 月から)									
特別な 医療的対応	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 在宅酸素療法 <input type="checkbox"/> インシュリン注射 <input type="checkbox"/> 人工透析 <input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> バルーンカテーテル <input type="checkbox"/> その他 ( )									
認知症による 行動障害 <small>(行動障害の起きる頻度にもレ印を付けてください)</small>	<input type="checkbox"/> 該当なし <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 不穏行動 <input type="checkbox"/> 自傷行為 <input type="checkbox"/> 暴力行為 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 異食行動 <input type="checkbox"/> 火の不始末 <input type="checkbox"/> 被害妄想 <input type="checkbox"/> その他 ( ) <input type="checkbox"/> ほとんど毎日 <input type="checkbox"/> 週3～4回程度 <input type="checkbox"/> 週1～2回程度 <input type="checkbox"/> 月数回程度									
介護者の状況	ふりがな				性 別	男 ・ 女	生年 月日	明・大・昭・平 年 月 日 ( 歳)	続 柄	
	氏 名									
	居住関係	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居 (住所： ) 入居希望者宅までの所要時間 ( 分)								
	就労状況	<input type="checkbox"/> 就労していない <input type="checkbox"/> 就労している (週 日、週 時間程度)								
	健康状態	<input type="checkbox"/> 健康 <input type="checkbox"/> 病弱・慢性疾患等で定期的に通院中・病名 ) ・入院していないが継続的な治療を要する・病名 ) ・要入院加療 ( 月程度・病名 )								
	身体状況	<input type="checkbox"/> 障害有 ( 級・障害の種類： ) <input type="checkbox"/> 無								
	要介護度	<input type="checkbox"/> 有 (要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5 ) <input type="checkbox"/> 無								
	他に対応を要する家族の有無	<input type="checkbox"/> 育児の必要な家族がいる (子どもの年齢 歳) <input type="checkbox"/> 3か月以上看病 (付添) の必要な家族がいる ( 自宅療養・入院中 ) <input type="checkbox"/> 入居希望者以外に介護の必要な家族がいる ( 要支援・要介護 1 2 3 4 5 ) <input type="checkbox"/> 介護の必要な障害を有する家族がいる ( 級・障害の種類： )								
介護協力者の有無	<input type="checkbox"/> 同居親族に協力者がいる <input type="checkbox"/> 同居以外の親族に協力者がいる <input type="checkbox"/> 親族以外の協力者 (近隣者など) がいる <input type="checkbox"/> 協力してくれる人はいない									

※変更があった箇所のみご記入ください。