

記入例

入 所 申 請 書

申 請 日 平成 年 月 日

施設長 殿

申請代理人	フリガナ 氏 名	ショウセイ ハナコ 尚生 花子 印	続柄	長女
	住 所	〒 309-1603 茨城県笠間市福田3199 【電話番号】 0296-72-8134		

※貴施設への入所を希望しますので、次の通り申請致します。

フリガナ	ショウセイ タロウ		男	明治
申請者氏名	尚生 太郎		女	昭和
住 所	〒 309-1603 茨城県笠間市福田3199 【電話番号】 0296-72-8134			
介護保険	要介護度	1 2 3 4 5	被保険者番号	0 1 0 0 0 0 0 1 0 1
	認定期間	平成 29年 3月 1日から 平成 30年 2月 28日		
	負担割合	1割 2割	負担限度額段階	1段階 2段階 3段階 非該当
医療保険	<input checked="" type="checkbox"/> 後期高齢者医療 <input type="checkbox"/> 国民健康保険		その他	
年金等	<input checked="" type="checkbox"/> 国民年金 <input type="checkbox"/> 厚生年金		その他	
掛付病院	病院名 ○○病院		電 話 ○○○○-○○-○○○○	
現 況	<input type="checkbox"/> 自 宅	病院	名 称	○○病院
	<input checked="" type="checkbox"/> 入院中	施設	入院・入所日	平成29年4月1日～
	<input type="checkbox"/> 入所中		入院経緯	転倒による右大腿骨骨折

身 体 状 況	食 事	<input type="checkbox"/> 自 立 <input checked="" type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 経管栄養 【入れ歯】 <input checked="" type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 無し 【主食】 <input type="checkbox"/> 常食 <input checked="" type="checkbox"/> 粥食 <input type="checkbox"/> ミキサー 【副食】 <input type="checkbox"/> 常食 <input checked="" type="checkbox"/> 刻み食 <input type="checkbox"/> ミキサー			
	排 泄	<input type="checkbox"/> 自 立 <input checked="" type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 【内 容】 <input type="checkbox"/> トイレ <input checked="" type="checkbox"/> ポータブルトイレ <input type="checkbox"/> 尿便器 <input checked="" type="checkbox"/> おむつ 【おむつ】 <input type="checkbox"/> な し <input checked="" type="checkbox"/> 尿パット <input type="checkbox"/> 夜のみ <input checked="" type="checkbox"/> 昼 夜 <input type="checkbox"/> カテーテル			
	麻 痺	<input checked="" type="checkbox"/> な し <input type="checkbox"/> 右上肢 <input type="checkbox"/> 右下肢 <input type="checkbox"/> 左上肢 <input type="checkbox"/> 左下肢 <input type="checkbox"/> その他			
	歩 行	<input type="checkbox"/> 自 立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input checked="" type="checkbox"/> 全介助 【内 容】 <input type="checkbox"/> 補助具 <input checked="" type="checkbox"/> 車椅子			
	着脱衣	<input type="checkbox"/> 自 立 <input checked="" type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助			
	入 浴	<input type="checkbox"/> 自 立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input checked="" type="checkbox"/> 全介助 【内 容】 <input type="checkbox"/> 一般浴槽 <input checked="" type="checkbox"/> 機械浴槽			
	視 力	<input type="checkbox"/> 普 通 <input checked="" type="checkbox"/> 弱 視 <input type="checkbox"/> 全 盲 【眼 鏡】 <input type="checkbox"/> 有 り <input checked="" type="checkbox"/> 無 し			
	聴 力	<input type="checkbox"/> 普 通 <input checked="" type="checkbox"/> やや難聴 <input type="checkbox"/> 難 聴 【補聴器】 <input type="checkbox"/> 有 り <input checked="" type="checkbox"/> 無 し			
	言 語	<input checked="" type="checkbox"/> 普 通 <input type="checkbox"/> 少し不自由 <input type="checkbox"/> 不自由			
	認知症	<input type="checkbox"/> な し <input checked="" type="checkbox"/> あ り (<input type="checkbox"/> 重度 <input checked="" type="checkbox"/> 中度 <input type="checkbox"/> 軽度) <input type="checkbox"/> 攻撃的 <input type="checkbox"/> 自傷 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input checked="" type="checkbox"/> 不穏 <input type="checkbox"/> 不潔 <input type="checkbox"/> 異食 <input type="checkbox"/> その他 ()			
	備 考	【現在治療中の病気・特記事項等】			
		脳梗塞 平成15年 脳血管性認知症 平成15年 高血圧 平成10年 右大腿骨骨折 平成29年			

世帯及び 介護者の 状況	<input type="checkbox"/> 単身世帯である							
	【主たる介護者の年齢】 <input type="checkbox"/> 75歳以上 <input type="checkbox"/> 65歳以上 <input type="checkbox"/> 60歳以上 <input checked="" type="checkbox"/> 60歳未満 【主たる介護者の状況】 <input type="checkbox"/> 介護困難 <input checked="" type="checkbox"/> 2つ程度の介護は可能 <input type="checkbox"/> 介護可能 【主たる介護者の就労】 <input type="checkbox"/> 高齢のため就労不能 <input type="checkbox"/> 8時間以上の就労 <input type="checkbox"/> 4～8時間就労 <input type="checkbox"/> 4時間未満の就労 <input checked="" type="checkbox"/> 就労なし 【主たる介護者の育児・他の看病】 <input type="checkbox"/> 常時必要 <input type="checkbox"/> 半日程度 <input type="checkbox"/> 随時必要 <input checked="" type="checkbox"/> なし 【他の同居者の介護補助】 <input type="checkbox"/> ほとんどない <input checked="" type="checkbox"/> 随時(週1～3日) <input type="checkbox"/> 常時(週4日以上) 【別居血縁者による介護】 <input type="checkbox"/> ほとんどない <input checked="" type="checkbox"/> 随時(週1～3日) <input type="checkbox"/> 常時(週4日以上)							
	※該当するもの全て選んで下さい							
同居家族 主たる介護 者には	<input type="checkbox"/> 在宅で生活しているが、介護者の身体的・精神的負担が大きい。 <input checked="" type="checkbox"/> 病院や施設から退院・退所を求められているが、在宅での介護が困難。 <input type="checkbox"/> その他 ()							
	【要介護1・2の方については、以下の該当するものを選んで下さい】 <input type="checkbox"/> 認知症である者であって、日常生活に支障を来している・行動や意思疎通が困難 <input type="checkbox"/> 知的障害・精神障害等を伴い、日常生活に支障を来している・行動や意思疎通が困難 <input type="checkbox"/> 家族等による深刻な虐待により、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 <input type="checkbox"/> 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ない <input type="checkbox"/> 特記事項 ()							
別居家族 主たる介護 者には	氏 名	続柄	年齢	職業	氏 名	続柄	年齢	職業
	<input checked="" type="checkbox"/> 尚生 花子	長女	54	無職	<input type="checkbox"/>			
	<input type="checkbox"/> 尚生 一郎	長女の夫	55	会社員	<input type="checkbox"/>			
担当ケア マネージャー	氏 名	続柄	年齢	職業	住 所	電 話		
	<input type="checkbox"/> 笠間みどり	次女	50	会社員	茨城県笠間市石井32-1	0296-70-1100		
	<input type="checkbox"/>							
入所時期	<input type="checkbox"/> 早急に入所希望したい <input checked="" type="checkbox"/> 出来るだけ早く入所希望 <input type="checkbox"/> 緊急ではないが入所希望							
申請状況	<input type="checkbox"/> 当該施設にのみ申請 <input checked="" type="checkbox"/> 他の施設にも申請している (施設名: 特別養護老人ホーム○○苑、特別養護老人ホーム○○ホーム)							
特記事項	3月に自宅にて転倒して以来、病院でベッド上での生活が長く、認知症の進行もみられ、骨折の為によつこともできなくなり、在宅での生活が難しい。介護者である長女も病気療養中の為、在宅介護が困難である。							
事業所名	氏 名	○○ ○○	連絡先	●●-●●●●				
	事業所名 居宅介護支援センター ●●●●							

説明確認欄	私は、利用申込に際し、 <input checked="" type="checkbox"/> 利用順位の決定方法 <input type="checkbox"/> 特例入所の趣旨、留意事項、意見照会のために施設と市町村間で情報共有すること について施設から説明を受けました。 平成 29年 4月 30日 氏名: 尚生 花子	
-------	--	--

※保険者証・直近3ヶ月分のサービス利用票及び別表の写しを添付してください。