

介護老人福祉施設・地域密着型介護老人福祉施設  
入所申込書兼居宅・施設における介護状況報告書

新規申込の際は、すべてご記入ください。新規申請後、状況に変更があった場合は、太枠内はすべて記入し、その他の部分は変更が生じた部分のみご記入ください。

申込施設名					申込書提出日		令和 年 月 日	
被 保 険 者	フリガナ氏名				性別	男・女	生年月日	M・T・S 年 月 日
	住所	〒 -			電話	( ) -		
	被保険者番号						生活保護	申請中・受給中
	要介護度	要介護 ( )		有効期間	年 月 日から 年 月 日			
現在居るところ	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 施設 (入所・入院開始日 年 月 日から) <input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 老人保健施設 <input type="checkbox"/> 介護療養型医療施設 <input type="checkbox"/> 養護老人ホーム <input type="checkbox"/> 軽費老人ホーム <input type="checkbox"/> ケアハウス <input type="checkbox"/> 有料老人ホーム <input type="checkbox"/> グループホーム 施設名 ( ) <input type="checkbox"/> その他 ( )							
この申請に関する連絡先	フリガナ氏名				被保険者との関係	<input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 子(同居・別居) <input type="checkbox"/> 成年後見人 <input type="checkbox"/> その他 ( )		
	住所	〒 -			電話	自宅・自宅以外( ) ( ) -		
家 族 の 状 況	主たる介護者	フリガナ氏名			性別	男・女	生年月日	M・T・S 年 月 日 (満 歳)
		同居の区分	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	別居の場合の住所	〒 -		電話	( ) -
	被保険者との関係	親子・親族・その他 ( )						
主たる介護者の状況		◆下記の項目で該当するものに点チェックをお願いします。(複数回答可) <input type="checkbox"/> 身寄りがないなど、介護者がいない <input type="checkbox"/> 主たる介護者が長期入院中などの状況にあり、介護ができない <input type="checkbox"/> 主たる介護者が要介護状態、病気療養中、障害を有するなどの状況にあり、十分な介護が困難 <input type="checkbox"/> 主たる介護者が要支援状態、高齢(85歳以上)などの状況にあり、十分な介護が困難 <input type="checkbox"/> 主たる介護者が入所申込者以外の者も介護している、遠隔地(片道1時間以上)に住んでいるなどの状況にあり、十分な介護が困難 <input type="checkbox"/> 主たる介護者が未就学児を育児中、生計中心者として就業中(週35時間以上勤務)などの状況にあり、十分な介護が困難 ※介護が困難な状況を具体的に記入してください。(病気や障害の状態等) ( )						

※裏面にもご記入願います。

現在の住まいやケアプランなどについて

住居について	お住まいについて	◆下記の項目で該当するものに点チェックをお願いします。 <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 自宅以外（戻る家がある・ない）※どちらかに○をしてください。 <input type="checkbox"/> 立ち退きを求められている（時期： _____）
	介護をする上での住宅の問題について	<input type="checkbox"/> 介護をする上で住宅に問題はない <input type="checkbox"/> エレベーターのない集合住宅の2階以上に住んでいる <input type="checkbox"/> 自分の部屋がない <input type="checkbox"/> 自分の部屋とは別の階にトイレや風呂がある <input type="checkbox"/> 家屋の老朽化が著しい <input type="checkbox"/> その他（ _____ ） ※住宅での介護が困難な状況を具体的に記入してください。 （ _____ ）
ケアプランについて	ケアプランについて	<input type="checkbox"/> 作成している <input type="checkbox"/> 作成していない
	相談できるケアマネジャーについて	<input type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない
	ケアマネジャーがいる場合にご記入ください。 事業者名 _____ ケアマネジャー氏名 _____ 電 話 _____	

私は、入所に関する方法や手続きについて、説明を受けました。

また、申込書にある内容は事実に相違ありません。この内容を保険者・高齢者あんしん相談センター・担当する介護支援専門員（ケアマネジャー）へ提供することに同意します。

介護老人福祉施設 施設長 様

令和 年 月 日

被保険者氏名 \_\_\_\_\_

施設受付日	令和 年 月 日	担当者		受付番号	
-------	----------	-----	--	------	--

様式2

特記事項

以下については、本人、家族及び依頼を受けたケアマネジャー、高齢者あんしん相談センター職員等の方が記入してください。

フリガナ 被保険者			
フリガナ 記入者		被保険者との関係	<input type="checkbox"/> ケアマネジャー <input type="checkbox"/> その他 ( ) 事業者名 _____
被保険者の状況	1. 身体の状況について(麻痺や拘縮など、介護を要する身体状況)  2. 認知症等について(介護や見守りを要する認知症の症状) <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 多少の物忘れはあるが、日常生活に支障がない <input type="checkbox"/> 見守りだけで介護するほどではない <input type="checkbox"/> 時々、介護が必要 <input type="checkbox"/> 目が離せない状態で介護が必要だが、他に危害が及ばない <input type="checkbox"/> 暴力や自傷行為 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 常時の徘徊 ◆その他 ( )  3. 疾患等について(特に注意を要するものや医療器具の使用など介護や看護を要する疾患など) <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 尿管カテーテル <input type="checkbox"/> ストーマ <input type="checkbox"/> 経管栄養(経鼻・胃ろう等) <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> インシュリン注射 ◆その他 ( )  4. 病歴について(既往症・手術歴など、入所時に施設で把握しておくべき病歴)		
その他の留意事項	1. 入所希望時期(緊急度) <input type="checkbox"/> 今すぐ入所したい <input type="checkbox"/> 令和 年 月頃までには入所したい ◆理由 ( )  2. 本人の意向(希望する部屋のタイプ、家族との関係等) <input type="checkbox"/> 個室希望 <input type="checkbox"/> 多床室希望 <input type="checkbox"/> どちらでもよい ◆その他 ( )  3. その他、経済的問題等		

※1 担当ケアマネジャー又は高齢者あんしん相談センター職員等の所見は裏面にご記入ください。

※2 要介護1・2の方は必ず裏面の **特例入所** 欄にご記入ください。

※1 担当ケアマネジャー又は高齢者あんしん相談センター職員等の所見

(所見欄)

(記入者)

**特例入所**

※2 要介護1・2の方は、「入所希望するやむを得ない事由」について、該当する口の中にレを付けて、その「心身の状況、生活の様子、困っていること」を具体的にご記入ください。

入所希望するやむを得ない事由

- ① 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
- ② 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
- ③ 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
- ④ 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

(記入欄)

(記入者)

施設名 \_\_\_\_\_

整理番号 \_\_\_\_\_

### 介護保険情報提供依頼書

令和 年 月 日

八王子市長 殿

私は、八王子市が保有する私の介護保険情報（要介護度・介護保険認定調査票の内容・資格喪失に関する事）を、私が入所申込をした上記施設に対し提供することを依頼します。

被保険者 住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_

(成年後見人等が手続きされる場合は下の欄に記入願います)

成年後見人等の住所 \_\_\_\_\_

成年後見人等の氏名 \_\_\_\_\_

本人との関係	<input type="checkbox"/> 成年後見人	
<input type="checkbox"/> 保佐人	<input type="checkbox"/> 補助人	<input type="checkbox"/> 任意後見人

入所の申込にあたって、この依頼書を提出していただくことにより、介護保険認定調査票の提出を省略することができます。

※成年後見人等にあたる方が手続きされる場合は、被保険者本人の住所・氏名のほか「成年後見人等の住所・氏名」を被保険者氏名の下部に記入し、「本人との関係」の該当箇所をチェックを入れてください。また、登記事項証明書の写し、成年後見人等の身分証明書の写し、法人が成年後見人等になっている場合は、手続き者の社員証・委任状等の写しを添付してください。