

介護老人福祉施設 特別養護老人ホーム

施設利用申込書

令和 年 月 日

\*所要事項に記入あるいは○をお願いします。

利用者 氏名	ふりがな	生年月日	M	T	S	年	月	日
		性別	男・女		年齢	満 歳		
住所	〒							
						電話 ( )		—
介護保険被保険者番号					要介護度			
認定有効期間	年 月 日 ~			年 月 日				
医療保険	後期高齢者医療保険・国民健康保険・協会健保・その他							
障害者手帳	有・無		障害名 ( )			種 級		
年金の種類	国民年金・厚生年金・共済年金・障害年金・恩給・老齢福祉年金 その他年金 ( )							
その他の収入	有・無		内容 ( )					
申し込み理由（利用者の状況と家庭での介護の状況） ----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- -----								
入所希望時期	今すぐ ・ 半年くらい先 ・ 1年くらい先 ・ 将来必要時							
現在の状況	1、自宅    2、入院中（病院名 _____） 3、施設入所中（施設名 _____）    4、その他							

申込者・身元引受者（連絡先）

氏名			続柄	
住所	〒			
電話番号			電話 ( )	—

家族構成（同一生計者）

氏名	続柄	性別	生年月日	職業（勤務先）

入所された際の施設サービス計画等の参考にさせていただきます。ご本人の生き立ちや、どのような仕事をされていたか、またご趣味、交友関係等をご記入ください。

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----

申し込み施設が複数の場合には申し込みをされた施設に○をつけて下さい。

ゆのさと園	ゆのさと園（ユニット棟）	まいこ園	みなみ園	こころの杜
健康倶楽部つどい	坂戸楽生園	八色園	雪椿の里	百花園

担当ケアマネジャー

氏名		事業所名	
----	--	------	--

介護老人福祉施設・介護老人保健施設入所申請用

診 断 書

氏 名	生年月日		明治・大正・昭和	性 別
	年	月	日 ( 歳)	男・女
住 所				
病 名				
現病歴 (現在の病状)				
既往歴				
内服薬				
アレルギー	有・無	(ある場合その内容)		

既往歴や現病状で感染症が疑われる症状がありましたら検査の上御記入下さい。

令和 年 月 日

所在地  
医療機関名  
医 師

印

介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）入所申込における  
説明・確認及び情報収集・基本調査票開示についての同意書

わたしは、介護老人福祉施設\_\_\_\_\_の入所申込に際し、  
入所申込から入所契約までの手続き及び入所順位の決定方法について施設から説明を受けました。

なお、貴施設が入所順位決定のため必要な範囲内において、わたし（入所希望者及びその家族）に関する情報を、市町村、担当居宅介護支援事業所、他の介護保険施設及び医療機関から収集することに同意します。

又、介護保険の保険者である市町村所有の要介護認定調査票を、介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）の利用を申し込むにあたり、その写しを利用申し込み施設に提出することに同意します。

令和 年 月 日

利用希望者氏名

\_\_\_\_\_ 印

利用希望者の家族氏名（続柄）

\_\_\_\_\_（続柄 \_\_\_\_\_） 印

介護支援専門員・相談職員意見書

初 回	変 更
	内容：

記入年月日 令和 年 月 日

入所希望者

住所 \_\_\_\_\_  
 氏名 \_\_\_\_\_  
 生年月日 \_\_\_\_\_

ゆのさと園	ゆのさと園 (ユニット棟)	まいこ園
みなみ園	こころの杜	健康倶楽部つどい
坂戸楽生園	八色園	雪椿の里 百花園

1、本人の状況

要介護度 5 4 3 2 1 (○をつけて下さい。)  
 (認定の有効期間 年 月 日 ~ 年 月 日)  
 認知症による心理・行動面の特記事項

-----  
 -----  
 -----  
 -----

2、在宅サービスの利用度

在宅福祉サービスの利用限度額割合 (○をつけて下さい。)  
 60%以上 50%以上 30%以上 30%未満

施設入所・入院中  
 施設・病院名 \_\_\_\_\_  
 入所・入院期間 令和 年 月 日 ~

3、主たる介護者・家族等の状況

①世帯の状況	独居世帯 ・ 高齢者のみの世帯 ・ その他
②主たる介護者	氏 名 _____ (続柄 _____) 生年月日 _____ 明治・大正・昭和 年 月 日 ( 歳)
③介護者の障害・疾病	なし・あり (障害疾病の内容： _____) 介護困難 ・ 多少可能 ・ 介護可能
④介護者の就労	なし・あり (職種など： _____) (勤務時間等： _____ 日/週 _____ 時間/日)
⑤介護者の育児・家族の病気	なし・あり (内容： _____) (時間等： _____ 日/週 _____ 時間/日)
⑥他の同居介護補助者	なし・あり (氏名： _____ 続柄： _____) (内容： _____) (時間等： _____ 日/週 _____ 時間/日)
⑦別居血縁者の介護協力	なし・あり (氏名： _____ 続柄： _____) (内容： _____) (時間等： _____ 日/週 _____ 時間/日)

4、特記すべき家族状況・介護状況

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----

5、その他 特に配慮すべき状況等

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----

6、申し込み取り下げ

理由 ①他の介護老人福祉施設に入所  
②在宅での介護が継続可能  
③住所の移動  
④死亡  
⑤その他 (内容： )

意見書作成者所属		担当者	
----------	--	-----	--