

ユニット型指定地域密着型介護老人福祉施設入居申込書
（特別養護老人ホーム）

施設名

守 牧 苑 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	男	生年月日				
	氏名		別	女	明・大・昭	年	月	日	(歳)
	住所	〒 -			(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	平成・令和 年 月 日			認定の有効期間	平成・令和 年 月 日 ~ 令和 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、入所希望者の介護保険被保険者証から転記願います。

申込者	住所	〒 -			(TEL) (FAX)				
	ふりがな 氏名				入所希望者との続柄				
連絡先	住所	〒 -			(TEL) (FAX)				
	ふりがな 氏名				入所希望者との続柄				

※申込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	() () () ()

説明確認欄	私は、入居申込みに際し、入所順位の決定方法、状況の変化に伴う届出及び辞退の取扱いについて、施設から説明を受けました。	
	また、今後の名古屋市の施策の参考とするため、この申込書の内容を名古屋市に報告することに同意します。	
	令和 年 月 日	氏名 _____ ()

入所希望者等の状況

※該当するものにレ印をつけ、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 (昭和・平成 年 月から)				
入所希望時期	<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 ()				
入所を希望する理由 (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 () <hr/> (現在治療中の病気等) <hr/> (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レ印を付けてください)	<input type="checkbox"/> 該当なし <hr/> <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 () <hr/> <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				
介護に関する状況	<table border="0"> <tr> <td> 飲水食事摂取 排泄 排便 入浴 歩行 衣服着脱 視力 聴力 意思の伝達 </td> <td> <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <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 <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 <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 </td> <td> <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> かなり見えにくい <input type="checkbox"/> かなり聞えにくい <input type="checkbox"/> かなり見えにくい <input type="checkbox"/> かなり聞えにくい <input type="checkbox"/> かなり伝えにくい <input type="checkbox"/> かなり伝えにくい </td> <td> <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 全く見えない <input type="checkbox"/> 全く聞えない <input type="checkbox"/> 全く伝えられない </td> </tr> </table>	飲水食事摂取 排泄 排便 入浴 歩行 衣服着脱 視力 聴力 意思の伝達	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <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 <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 <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	<input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> かなり見えにくい <input type="checkbox"/> かなり聞えにくい <input type="checkbox"/> かなり見えにくい <input type="checkbox"/> かなり聞えにくい <input type="checkbox"/> かなり伝えにくい <input type="checkbox"/> かなり伝えにくい	<input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 全く見えない <input type="checkbox"/> 全く聞えない <input type="checkbox"/> 全く伝えられない
飲水食事摂取 排泄 排便 入浴 歩行 衣服着脱 視力 聴力 意思の伝達	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <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 <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 <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	<input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> かなり見えにくい <input type="checkbox"/> かなり聞えにくい <input type="checkbox"/> かなり見えにくい <input type="checkbox"/> かなり聞えにくい <input type="checkbox"/> かなり伝えにくい <input type="checkbox"/> かなり伝えにくい	<input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 全く見えない <input type="checkbox"/> 全く聞えない <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	男	生年	明・大・昭	続	
	氏名		別	女	月日	年 月 日 (歳)	柄	
	居住関係	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居（住所： _____ ） 入所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"/> 入所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							
【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。】								

※申込書に添えて提出する書類

- 1 入所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。

施設使用欄

入所希望者の親族の状況

同居の家族（※入所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 年 月 日	続柄	
				就労状況	
氏名		生年 月日	明・大・昭・平 年 月 日	続柄	
				就労状況	
氏名		生年 月日	明・大・昭・平 年 月 日	続柄	
				就労状況	
氏名		生年 月日	明・大・昭・平 年 月 日	続柄	
				就労状況	
氏名		生年 月日	明・大・昭・平 年 月 日	続柄	
				就労状況	

近親者の状況		
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 0 auto;">配偶者</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 10px auto;"> <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 100%;"></div> </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 10px auto;">本人</div>	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 0 auto;">子</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 10px auto;"> <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 100%;"></div> </div>	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 0 auto;">孫</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 10px auto;"> <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 100%;"></div> </div>
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 0 auto;">兄弟姉妹</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 10px auto;"> <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 100%;"></div> </div>	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 0 auto;">甥姪</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 10px auto;"> <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 100%;"></div> </div>	