

特別養護老人ホーム〇〇 施設長様

申込日	年 月 日
受付日	年 月 日

入所希望者の状況	
入所希望者 氏名	(フリガナ) _____ 保険者 _____ 保険者番号 _____
生年月日	明・大・昭 年 月 日 (歳) 性別 男・女
現住所	〒 _____
要介護度	<input type="checkbox"/> 介護度1 <input type="checkbox"/> 介護度2 <input type="checkbox"/> 介護度3 <input type="checkbox"/> 介護度4 <input type="checkbox"/> 介護度5 (認定有効期間 年 月 日 ~ 年 月 日)
現在の介護	<input type="checkbox"/> 自分で1人で暮らしている <input type="checkbox"/> 自宅で家族と暮らしている ※同居家族の構成: _____ <input type="checkbox"/> 入院(所)中 (<input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 老人保健施設 <input type="checkbox"/> 有料老人ホーム <input type="checkbox"/> その他) ※施設名又は病院名: _____ ※入所(院)時期: 年 月から <input type="checkbox"/> その他 ()
入所を希望する理由 ※該当するものすべてを選んでください。	<input type="checkbox"/> 独り暮らしで、日常生活に支障が生じている。 <input type="checkbox"/> 介護者(家族等)が、高齢・疾病・障害のため介護が難しい。 <input type="checkbox"/> 介護者(家族等)が、就労・育児等のため介護が難しい。 <input type="checkbox"/> 他にも介護をしなければならない家族がいる。 <input type="checkbox"/> 居住環境の事情により、在宅での介護が困難である。 <input type="checkbox"/> 病院や他の施設から退所を求められている。 <input type="checkbox"/> 介護保険の在宅サービス利用限度を超えるなど、費用負担が困難である。 <input type="checkbox"/> その他(介護で困っていることがありましたら、お書きください。) 〔 _____ 〕 要介護1又は2(特例入所)の方については、以下の該当するものにレ印を付けてください。 (特例入所の該当要件) <input type="checkbox"/> 認知症であり、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。 <input type="checkbox"/> 知的障害、精神障害等であり、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。 <input type="checkbox"/> 療育・障害者手帳あり <input type="checkbox"/> 療育・障害者手帳なし <input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 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である。 ※上記に当てはまる具体的な事由を記入してください。 〔 _____ 〕

