

**指定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

高坂苑 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	年月日
受付日	年月日
受付者	

入居希望者	ふりがな	性別	男・女	生年月日
	氏名			大・昭・平 年月日 (歳)
住 所	〒一 (自宅) (携帯)			
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	年月日	認定の有効期間	年月日～	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	〒一 (自宅) (携帯)
	ふりがな	入所希望者との続柄
氏 名		
連絡先	住 所	〒一 (自宅) (携帯)
	ふりがな	入所希望者との続柄
氏 名		

※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。
	本人との続柄
	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・平・令 年 月から)				
	※ 病院に入院された理由( ) ※ 施設(病院) 担当者名( )				
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 ※ 具体的な退所(退院)の時期( ) <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"/> 褥瘡 <input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> バルーンカテーテル <input type="checkbox"/> 痰吸引 <input type="checkbox"/> その他( )			
		(現在治療中の病気等)			
		(その他健康状態に関する特記事項)			
	認知症等による行動・心理症状  (行動・心理症状の起きる頻度にも レ印を付けてください)	(既往歴)			
		<input type="checkbox"/> 該当なし <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( )			
<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	飲水食事摂取 排尿 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"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助
		<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助
		<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助
		<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助
		<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助
		<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助
		<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

## 介護者の状況

介 護 者 の 状 況	ふりがな		性別	男 ・ 女	生年 月日	大・昭・平 年　月　日 (　歳)	続柄	
	氏名							
	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							
【介護をし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。】								

入所希望者の所得状況	<input type="checkbox"/> 年金有 (種別： ) <input type="checkbox"/> 年金無	月額：約 万
------------	---	--------

入所希望の部屋	* 希望する部屋を選んでいただき□にレ印をお願いします。 <input type="checkbox"/> 従来型個室を希望 <input type="checkbox"/> 多床室を希望 <input type="checkbox"/> どちらでもよい		
---------	--	--	--

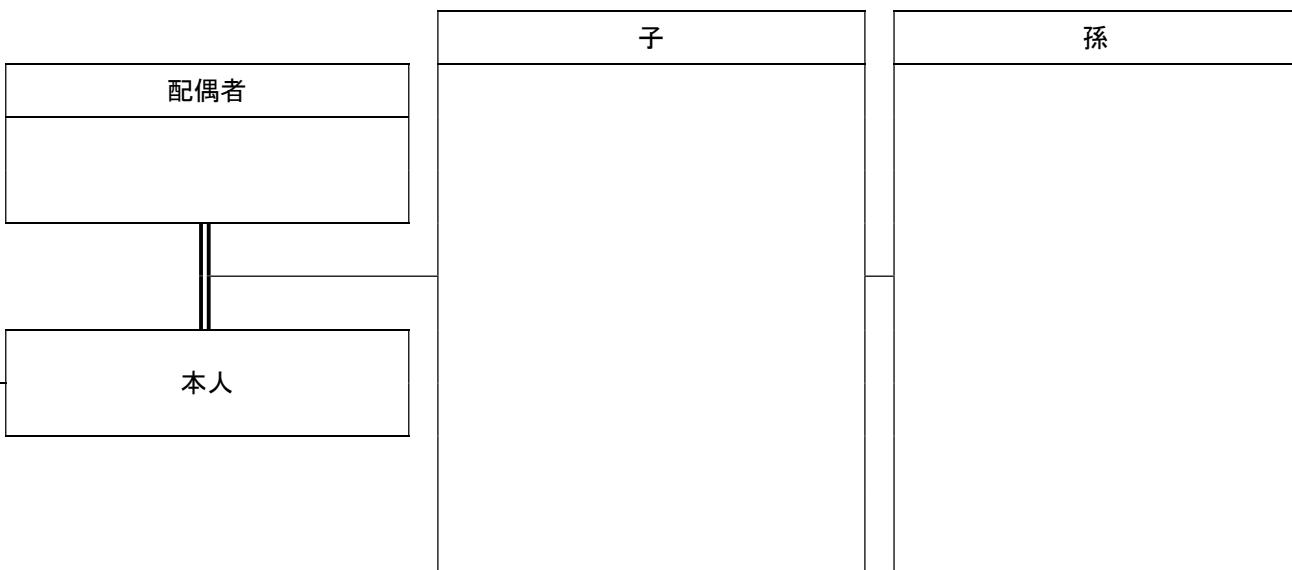
※申込書に添えて提出する書類
☆ <u>入所希望者の介護保険被保険者証(写)</u>

## 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・令 年　月　日	続柄	
				就労状況	
氏名		生年 月日	明・大・昭・平・令 年　月　日	続柄	
				就労状況	
氏名		生年 月日	明・大・昭・平・令 年　月　日	続柄	
				就労状況	
氏名		生年 月日	明・大・昭・平・令 年　月　日	続柄	
				就労状況	

## 近親者の状況



兄弟姉妹

甥姪