# 記　入　例

## 入　所　申　込　書

| 申込番号 | |
|---|---|
| 申 込 日 | 年　月　日 |

| 申込者 | | |
|---|---|---|
| | 氏名　上島　太郎 | 続柄：　長男 |
| | 住所　愛媛県越智郡上島町生名〇〇番地 | |
| | 電話　〇〇〇（〇〇〇〇）〇〇〇 | |

**特別養護老人ホーム海光園に入所したいので、次のとおり申し込みます。**

**入所希望者の状況**

| | | | |
|---|---|---|---|
| フリガナ | カミジマ　ハナコ　〇歳 | 保険者 | 上島町 |
| 氏名 | 上島　花子　（男・女） | 被保険者番号 | 0 0 0 0 0 1 2 3 4 5 |
| 生年月日 | S〇年　〇月　〇日 | 要介護度 | 1・2・3・4・5 |
| 現住所 | 愛媛県越智郡上島町生名〇〇番地<br>電話番号　〇〇〇〇（〇〇）〇〇〇〇 | 認定の有効期間 | R〇年　〇月　〇日から<br>R〇年　〇月　〇日まで |

| | |
|---|---|
| 現況 | ☐ 自宅で一人で暮らしている<br>☐ 自宅で家族と暮らしている<br>☐ 別居だが同一敷地内又は近隣に家族がいる<br>☑ 施設や病院に入っている<br>〔施設・病院名：〇〇病院　入所(入院)日：R〇年〇月〇日　〕 |
| 介護者の有無 | ☐ 介護者が誰もいない<br>☑ 介護者がいる　介護者氏名：上島　太郎　続柄：長男<br>生年月日：S〇年　〇月　〇日（〇歳） |
| 入所希望の理由<br>該当するすべてを選んで下さい | ☐ 介護者（お世話する人）がいないため<br>☑ 介護者（お世話する人）が生活のため仕事に就いているので介護が困難なため<br>☐ 介護者（お世話する人）が未就学児の子や孫の世話をしているので介護が困難なため<br>☐ 介護者（お世話する人）が病気や障がいなどで介護が困難なため<br>（病名・介護度等：　）<br>☐ 介護者（お世話する人）が他の者を介護しているので介護が困難なため<br>☐ 居住環境の事情により十分な介護が困難なため<br>☑ その他（介護負担が増えたため　）<br>※　施設や病院から退所(退院)を求められている場合は、ご自宅での生活状況を想定し、ご記入下さい。 |
| 要介護1・2の方のみ記入 | 認知症、知的・精神障がい等で、生活で困ったことなどの状況について、介護が困難である家族の状況など<br>☐認知症がひどく、頻繁に生活に支障がでる。<br>☐知的障がい・精神障がいがひどく、頻繁に生活に支障がでる。<br>☐家族等による虐待等があり自宅で生活できない。<br>☐単身世帯である、又は老老介護等で家族等の支援が期待できない。 |
| 医療の状況 | ☐ 経管栄養（胃ろうなど）　☐ インスリン注射（1日　回）　☐ 持続点滴（ＩＶＨ）<br>その他、現在治療中の病気など、わかる範囲で記入してください。<br>（病名等：〇〇〇、〇〇〇　）<br>（かかりつけ医：〇〇病院　） |
| 申込み状況 | ☐ 海光園のみ申し込む<br>☑ 他の施設も申し込む　（施設名：〇〇〇　）<br>担当居宅介護支援事業所名：〇〇〇事業所　担当ケアマネージャー：〇〇〇〇 |

特別養護老人ホーム海光園から入所指針の説明を受け、次のことについて同意します。

1．入所申込みに必要な「介護認定調査に係る情報」を市町村から得ること。
2．入所申込みに必要な「ケアプランに関する情報」を居宅介護支援事業所等から得ること。
3．市町村から要求があった場合、この申込み情報を市町村へ提供すること。
4．入所判定に必要な「心身等状況」「介護保険情報」を入所・入院施設・居宅ケアマネ等から得ること。
5．要介護１・２の特例入所申込みの方の情報を市町村に報告し、意見を求めること。

なお、入所待機中に、海光園以外の他の施設に入所が決定した場合、又、要介護度や連絡先、介護の状況について変更があった場合には、速やかに海光園に連絡いたします。

R〇年　〇月　〇日

（本人又は代理人）　氏 名　上島　太郎

---

の中を記入ください。

申込者の氏名・続柄・住所・電話番号を記入してください。

入所希望者の氏名・年齢・性別・生年月日・現住所・電話番号を記入してください。

介護保険被保険者証の内容を記載してください。

現在の住まいや所在に☑を入れてください。
介護者（お世話をしている人）の情報を記入してください。

入所を申し込んだ理由に☑を入れてください。
介護者（お世話をしている人）が病気の場合は内容を詳しく記入してください。

胃ろうなどの医療行為が必要な場合には☑を入れてください。その他の病気については病名等やかかりつけ医療機関を記入してください。

申込み状況を記入してください。
居宅ケアマネージャーがいる場合は事業所名と担当ケアマネージャーの氏名を記入してください。

内容をご確認のうえ、日付と氏名を記入してください。