

【様式1】

申込日	令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日
受付日	令和 年 月 日

申込日は持参した日  
付日は施設側が記載

特別養護老人ホーム プレミア草加南  
施設長 田嶋 一行様

【申込者連絡先】

(ふりがな)氏名	そうか はなこ 草加 花子	本人との関係	住所	〒340-0033 埼玉県草加市柳島町〇〇〇
		長女		
自宅電話番号	048-XXXX-0000	携帯電話番号	090-XXXX-0000	

草加市の場合は  
町名からでも可

特別養護老人ホーム プレミア草加南へ入所したいので、次のとおり申込みます。(※1)

入所希望者  
を記載

本人の 状況	(ふりがな)氏名	そうか いちろう 草加 一郎	性別	(男)・女
	生年月日	(大)・昭 〇年 〇月 〇日 (〇〇歳)	被保険者番号	〇〇〇〇XXXXXX
	住所	〒340-0033 埼玉県草加市柳島町〇〇〇	要介護度	1・2・3・(4)・5
	施設等に入所(入院)の場合	施設名または病院名 (市外の場合は所在地)	〇〇病院 (東京都〇〇)	
		入所または入院期間	約 年 3ヶ月	
	介護開始時期	平成・令和 1年 5月 ~ ( 年 5ヶ月 )		
	入所希望理由 《複数回答可》 (※2)	1 介護者がいないため (2) 介護者がいるが高齢等の状況にあり十分な介護が困難なため 3 介護者がいるが障害や疾病の状況にあり介護が困難なため 4 介護者がいるが育児又は家族が障害や疾病の状況にあり十分な介護が困難なため (5) 介護者がいるが就業しており十分な介護が困難なため 6 他入所施設よりの移動を希望 7 その他 【具体的な理由】  例) 同居の長女夫婦は常勤で働いており、介護困難。 母は、高齢で疾病があり介護困難。		
	認知症等による 不適応行動 (※3)	1 非常に多い      2 やや多い      3 少しあり      4 なし 以下に現在の不適応行動を具体的に記載して下さい。		
	申し込みの状況	1 当施設のみ申し込む		
		2 他の施設へ申し込んでいる(書ききれない場合は、申込別紙自由記載欄に記入)		
①施設名:		待機期間	年 月	
②施設名:		待機期間	年 月	
③施設名:	待機期間	年 月		
④施設名:	待機期間	年 月		

介護保険証に  
記載あり

入所対象は  
草加市民のみの  
為、町名から記載

名称、住所  
期間を記載

主たる介護者が介護を  
始めた日を記載。施設  
等に入所している場合  
には入所日迄を記載

該当項目に○を  
つけ、理由も記載

別紙の認知症状の  
欄に○をつける。下  
記の空欄は自由記  
述とする。

他に申し込んでいる  
特別養護老人ホーム  
を全て記載

申込みをしてからの  
年、月を記載

介護者の状況	主たる介護者	(ふりがな) 氏 名	性 別 男 ・ 女	本人との関係	原則申込者と同様。 違う場合には 申込み時に要説明	
	生 年 月 日	大・昭・平 年 月 日 ( 歳 )				
	同居の区分	1 同居 2 別居(住所: ) 介護の為に通っている 有・無(頻度: 回/日・週・月)				
	その他の介護者	(ふりがな) 氏 名	性 別 男 ・ 女	本人との関係		主介護者以外に介護にかかわっている方がいれば記載。
	生 年 月 日	大・昭・平 年 月 日 ( 歳 )				
	同居の区分	1 同居 2 別居(住所: ) 介護の為に通っている 有・無(頻度: 回/日・週・月)				
	介護の可能性	介護困難 ・ 多少介護可能 ・ 介護可能 介護困難な理由(例: 高齢なため。常勤で就労しているため等)		別居の場合住所記載。 介護の為に通っている れば、日・週・月何回 ぐらいか記入		
主たる介護者の健康状態	1 良好 2 不良(例: 介護うつ診断をされた為、距離をおきたい。)		不良であれば理由を具体的に記載			
主たる介護者の介護状況(本人以外の介護)	有(例: 1人、主介護からの関係: 義母 85歳 介護度 1) ・ 無			本人以外に介護が必要な人がいれば記入。(介護度も)		
主たる介護者の育児状況	有( 人 歳 ) ・ 無					
主たる介護者の家族の健康状態(誰がどのように?)	1 良好 2 不良(例: 夫ががんの為、抗がん剤治療をしている。)		家族に健康不良の方が入れれば記入。誰が不良か、その理由も記載。			
主たる介護者の就労状況	有 《週 3日 4時間(常勤・パート・自営)》 ・ 無					
その他	入所を希望する時期	1 今すぐ入所したい 2 年 月頃までに入所したい		2の場合は時期を記載。		
	特例入所該当要件 要介護1又は2の方は記載	<input type="checkbox"/> 認知・障がい等	認知症または知的障がい・精神障がい等を伴い、日常生活に支障を来すような症状等が頻繁に見られること。			
		<input type="checkbox"/> 独居等	単身世帯、同居家族が高齢・病弱である等により家族による支援が期待できず、地域での介護サービスの供給が不十分である。			
<input type="checkbox"/> 虐待		深刻な虐待が疑われること等により、心身の安全・安心の確保が困難な状態である。				
説明確認	私は入所申込みにあたり、入所決定の手続き及び入所の必要性を評価する基準等について了解致しました。添付書類※1の提供及び、本人の面接調査について同意します。					
	令和 年 月 日	氏名 :		印	申込者の名前を記載	

- ※1 認定調査票(写)、被保険者証(写)、サービス利用表・前3か月分(写)を添付して下さい。
- ※2 入所希望する理由は、具体的理由を記入して下さい。
- ※3 「認知症による不適応行動」は認定調査票等を確認し、該当状況を変更させて頂く場合があります。
- ※4 申込を取り下げる場合は、別紙「特別養護老人ホーム入所申込取り下げ書」を提出して下さい。
- ※5 申込内容に変更が生じた場合は、施設に連絡をお願い致します。

【様式2】

記入日：令和〇〇年 〇〇月 〇〇日

入所希望者氏名：〇〇〇〇〇〇

歩行	自立・ <input checked="" type="radio"/> 見守り・一部介助・不可	移動	独歩・杖・ <input checked="" type="radio"/> 歩行器・車椅子・その他	
更衣	<input checked="" type="radio"/> 自立・声かけ・一部介助・全介助	整容動作	自立・ <input checked="" type="radio"/> 声かけ・一部介助・全介助	
食事	<input checked="" type="radio"/> 自立・見守り・一部介助・全介助	食事形態	主食・ <input checked="" type="radio"/> ご飯・全粥・粥ミキサー	
食事時使用	<input checked="" type="radio"/> 箸・スプーン・フォーク・その他		副菜・ <input checked="" type="radio"/> 常食・きざみ・ミキサー	
義歯	なし・部分義歯・ <input checked="" type="radio"/> 上・下・総義歯・ <input checked="" type="radio"/> 上・下・管理必要			
排泄	<input checked="" type="radio"/> 自立・見守り・一部介助・全介助	排便間隔	毎日・時々・ <input checked="" type="radio"/> 便秘傾向	
排泄用具(日中)	<input checked="" type="radio"/> パンツ・紙パンツ・オムツ・パット	排泄場所(日中)	<input checked="" type="radio"/> トイレ・Pトイレ・尿器・オムツ	
排泄用具(夜間)	パンツ・ <input checked="" type="radio"/> 紙パンツ・オムツ・パット	排泄場所(夜間)	トイレ・ <input checked="" type="radio"/> Pトイレ・尿器・オムツ	
尿意	<input checked="" type="radio"/> 有・無	便意	<input checked="" type="radio"/> 有・無	
入浴	自立・ <input checked="" type="radio"/> 一部介助・全介助・清拭	入浴形態	<input checked="" type="radio"/> 股浴槽・椅子型浴槽・全介助型浴槽	
麻痺	<input checked="" type="radio"/> なし・左上肢・右上肢・左下肢・右下肢・その他			
可動域制限	<input checked="" type="radio"/> なし・肩関節・肘関節・股関節・膝関節・足関節・その他			
視力	支障なし(右・左)・不明瞭・ <input checked="" type="radio"/> 右・ <input checked="" type="radio"/> 左・見えない(右・左)	眼鏡	<input checked="" type="radio"/> 有・無	
聴力	支障なし(右・左)・大声聞こえる・ <input checked="" type="radio"/> 右・ <input checked="" type="radio"/> 左・聞こえない(右・左)	補聴器	<input checked="" type="radio"/> 有・無	
発語	支障なし・ <input checked="" type="radio"/> 不明瞭・不可	記憶	<input checked="" type="radio"/> 年齢相応・記憶保持困難	
認知症状	妄想・作話・幻聴・幻視・情緒不安・ <input checked="" type="radio"/> 不眠・昼夜逆転・暴言・暴力・奇声 大声・介護拒否・徘徊・収集癖・破壊行為・不潔行為・異食・帰宅願望 その他( )			
医療行為	経管栄養・ <input checked="" type="radio"/> インシュリン注射・在宅酸素療法・バルーンカテーテル・ストマ・人工透析 気管切開・毎日の吸引・中心静脈栄養・褥瘡(部位： ) その他( )			
既往歴	昭和〇〇年〇月 糖尿病 昭和〇〇年〇月 脳梗塞 平成〇〇年〇月 C型肝炎 平成〇〇年〇月 アルツハイマー型認知症			
かかりつけ医	病院名：〇〇病院		医師名：〇〇医師	
障害者手帳	<input checked="" type="radio"/> 有・無			
収入状況	年額(概算)	約120万円	生活保護	<input checked="" type="radio"/> 有・ <input checked="" type="radio"/> 無
	収入内容(高齢基礎年金・遺族厚生年金)			
上記の他、特別な状況、事情、ご希望等あればご自由にご記入下さい。				

各項目の  
該当項目に  
○をつけて下さい

発症年月  
感染症等も記載

障害の種類と等級  
を記載

年金種別  
土地収入等

※上記に本人の状況を記載の上、入所申込書と併せて御提出下さい。