

(様式1)

指定介護老人福祉施設等入所申込書

受付日 令和 年 月 日

申込み日 令和 年 月 日

申込者 (連絡先) 今後、郵送物などはこの連絡先にお送りさせていただきます。

指定介護老人福祉施設(特別養護老人ホーム)等に  
入所したいので次のとおり申し込みます。

〒 - 住所:  
氏名 続柄  
電話 ( )

Table with columns for applicant info, insurance, family status, and care needs. Includes sections for '入所希望施設', '保険者', '要介護度', '家族構成', '介護者の有無', '待機状況', '生活・経済の状況', and '入所希望時期'.

医療の状況	ア 経管栄養 イ 胃ろう ウ 在宅酸素 エ インシュリン注射 オ その他( )				
	【現在治療中の病気・特記事項等】				
	該当する特例入所の要件( ① ・ ② ・ ③ ・ ④ ) ※該当すると思われる要件に○を付けてください。なお、各要件については申込書の下に記載しております。 備考(以下に具体的な理由等の記入をお願いします。)				
	(記入者 続柄等 )				
特例入所の要件に該当するやむを得ない事由					
※要介護1、2の方は記載してください。					
その他					
他施設申込み状況	ア 当該施設のみ申込み イ 他の施設に申し込んでいる又は今後申込み予定 * 既に申込みをしている他の施設名 ( ) * 今後申込み予定の他の施設名 ( )				
主たる介護者	(フリガナ)		性別	本人との関係	
	氏名		男 ・ 女	生年月日	年 月 日
	同居の区分	ア 同居している イ 別居している (住所: )			
	意見	【介護をしている上で困っていること等】			
紹介居宅介護支援事業所 (又は在宅介護支援センター)	電話番号 ( ) 担当				
<p>※特例入所の要件</p> <p>① 認知症である者であって、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が頻繁に見られること。</p> <p>② 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・行動や意思疎通の困難さ等が頻繁に見られること。</p> <p>③ 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こと。</p> <p>④ 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、介護サービスや生活支援の供給が不十分であること。</p>					