

事業所名

入 所 申 込 書

申込年月日		令和 年 月 日		受付番号		※施設記入											
入 所 申 込 者	フリガナ				☐ 明治 ☐ 大正 ☐ 昭和			性別		☐ 男 ☐ 女							
	氏 名				年 月 日 (歳)												
	住 所	〒 (-)					連絡先		()								
	介護保険 情報	介護認定	☐ 済 ☐ 申請(更新・変更)中			要介護度		☐ 要1 ☐ 要2 ☐ 要3 ☐ 要4 ☐ 要5									
		保険者番号							被保険者番号								
		認定有効期間	令和 年 月 日 ～ 令和 年 月 日														
現在の 住居	☐ 自宅 ☐ 養護老人ホーム ☐ 軽費老人ホーム ☐ 有料老人ホーム ☐ サービス付き高齢者向け住宅 ☐ 特別養護老人ホーム ☐ 介護老人保健施設 ☐ グループホーム ☐ 病院・有床診療所・介護療養型医療施設 ☐ その他 ()																
	令和 年 月頃より			施設名等【 】													
家 族 ・ 申 込 者	フリガナ				続柄				備考								
	氏名																
	住所	〒 (-)					連絡先		()								
	その他の 連絡先	フリガナ				続柄				連絡先		()					
		氏名															
		フリガナ				続柄				連絡先		()					
氏名																	
居 宅 介 護 支 援 事 業 者	事業所名					フリガナ											
						担当者名											
	連絡先	()		備考													
他 施 設 の 申 込 状 況	施設名 1					申込 ☐ 予定 ☐ 済 (申込時期 年 月頃)											
	施設名 2					申込 ☐ 予定 ☐ 済 (申込時期 年 月頃)											
	施設名 3					申込 ☐ 予定 ☐ 済 (申込時期 年 月頃)											
入所希望時期		☐ 今すぐ入所したい ☐ 令和 年 月頃入所したい															

【特例入所に関する事項】

「要介護1」又は「要介護2」の場合は、該当する項目にチェックしてください。

- ☐ 認知症であって、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。
- ☐ 知的障害・精神障害等を伴い、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。
- ☐ 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。
- ☐ 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。
- ☐ その他（内容を具体的に記入してください。）

--

【説明確認及び同意欄】

次の事項について施設から説明を受けました。

- ① 入所申込から契約までに必要な手続及び入所にあたっての注意事項。
- ② 入所申込者の入所優先順位決定方法。
- ③ 申込書の内容に変化があった場合は、施設に連絡すること。
- ④ 原則、要介護3以上が入所要件であり、特段の事情が無い限り要介護1、2では入所できないこと。

次の事項について同意します。

- ① 入所が可能になったにもかかわらず、自己都合により入所を辞退した場合に、入所優先順位名簿から削除されること。
- ② 入所申込後の入所の意思確認に応じられなかった場合に、入所優先順位名簿から削除されること。
- ③ 優先入所制度の適正な運用及び入所申込状況の把握等のために、この申込書及び調査票の内容を行政機関等の求めに応じて提供すること。
- ④ 上記に記入している申込み済（予定）の施設間において、この申込書内容及び調査票の内容を相互に提供すること。

令和 年 月 日 氏名 印 続柄 ()

【施設記入欄】

受付年月日	令和 年 月 日
受付担当者名	職 種 ☐ 施設長 ☐ 相談員 ☐ ケアマネ ☐ その他（ ）
備 考	

調 查 票

令和 年 月 日調査

申込年月日		令和 年 月 日		受付番号																	
フリガナ						生年月日		☐ 明治 ☐ 大正 ☐ 昭和 年 月 日 (歳)													
申込者氏名				☐ 男 ☐ 女																	
本人の状況	介護認定	☐ 済 ☐ 申請(更新・変更)中		被保険者番号																	
	要介護度	☐ 要介護1 ☐ 要介護2 ☐ 要介護3 ☐ 要介護4 ☐ 要介護5																			
	認定有効期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日																			
	認知症日常生活自立度	☐ 自立 ☐ I ☐ IIa ☐ IIb ☐ IIIa ☐ IIIb ☐ IV ☐ M																			
	行動心理症状	☐ 常時ある ☐ 随時ある ☐ なし																			
介護サービス等の利用状況	身体障害者手帳・原爆手帳等の有無		☐ あり (級) ☐ なし																		
	住居	年 月頃より 施設名等【 】 住居種別番号(裏面より選択)【 】																			
	居宅介護サービス等 利用状況	年 月 利用	サービス別単位 包括単位	☐ 訪問介護 _____ 単位 ☐ 訪問入浴 _____ 単位 ☐ 訪問看護 _____ 単位 ☐ 訪問リハ _____ 単位 ☐ 通所介護 _____ 単位 ☐ 通所リハ _____ 単位 ☐ 短期入所生活介護 _____ 単位 ☐ 短期入所療養介護 _____ 単位 ☐ 夜間対応型訪問看護 _____ 単位 ☐ 認知症対応型通所介護 _____ 単位 (上記単位合計) _____ 単位 ÷ 要介護1～5の区分支給限度基準額の平均 = 割																	
				☐ 小規模多機能型居宅介護 ☐ 複合型サービス ☐ 定期巡回・随時対応型訪問介護看護																	
				☐ 上記サービスの利用頻度 ☐ 週5日以上 ☐ 週3～4日 ☐ 週2日以下																	
介護者等の状況	介護者1	フリガナ			☐ 同居 ☐ 別居		家族の構成														
		氏名																			
		続柄		年齢	歳																
		住所	〒 -																		
	介護者2	フリガナ			☐ 同居 ☐ 別居																
		氏名																			
		続柄		年齢	歳																
		住所	〒 -																		
主たる介護者の状況		☐ 疾病 ☐ 複数介護 ☐ 育児 ☐ 就労																			
他の介護協力の有無		☐ ほとんど無し ☐ 随時あり ☐ 常時あり																			
特記事項	家族等の介護拒否		☐ 理由:																		
	遠距離介護		☐ 理由:																		
	長期にわたる介護		☐ 理由:																		
	施設等からの退所		☐ 理由:																		
	住環境問題		☐ 理由:																		
	経済的理由による居宅サービス利用状況		☐ 理由:																		
	経済的理由により入所先が限定		☐ 理由:																		
	在宅における医療的処置		☐ 理由:																		
	点数化できない認知症		☐ 理由:																		
	知的障害・精神障害等		☐ 理由:																		
	居住地域の介護サービスが不十分		☐ 理由:																		
	介護負担が大きい		☐ 理由:																		
備考	その他		☐ 理由: ☐ 理由:																		

調査担当者名		職 種	☐ 施設長 ☐ 相談員 ☐ ケアマネ ☐ その他 ()
受付担当者名		職 種	☐ 施設長 ☐ 相談員 ☐ ケアマネ ☐ その他 ()

(裏面)

住居種別

1. 自宅
2. 養護老人ホーム (特定施設入居者生活介護を除く。)
3. " (特定施設入居者生活介護 (外部サービス利用型を除く。))
4. " (外部サービス利用型特定施設入居者生活介護)
5. 軽費老人ホーム (特定施設入居者生活介護を除く。)
6. " (特定施設入居者生活介護 (外部サービス利用型を除く。))
7. " (外部サービス利用型特定施設入居者生活介護)
8. 有料老人ホーム (特定施設入居者生活介護を除く。)
9. " (特定施設入居者生活介護 (外部サービス利用型を除く。))
10. " (外部サービス利用型特定施設入居者生活介護)
11. サービス付き高齢者向け住宅 (特定施設入居者生活介護を除く。)
12. " (特定施設入居者生活介護 (外部サービス利用型を除く。))
13. " (外部サービス利用型特定施設入居者生活介護)
14. 特別養護老人ホーム
15. 介護老人保健施設
16. グループホーム
17. 病院
18. 有床診療所
19. 介護療養型医療施設
20. その他

みやこ町長 殿

特例入所申込受付報告書

施設名 _____
施設長名 _____
担当者名 _____
電話番号 _____

次のとおり特例入所申込みを受け付けましたので、入所申込書の写しを添付の上、報告します。

申 込 者 氏 名							性 別	□男 □女			
生 年 月 日	□明治 □大正 □昭和 年 月 日										
保 険 者 番 号							要 介 護 度	□要介護1 □要介護2			
被保険者番号											
申 込 内 容	☐ 認知症であることにより、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が頻繁に見られる。										
	☐ 知的障害・精神障害等を伴い、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。										
	☐ 家族等による深刻な虐待が疑われる等により、心身の安全・安心の確保が困難である。										
	☐ 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。										
	(具体的状況及び施設の見解)										

入所申込みの「受付」についての意見を下記又は任意の様式により、令和 年 月 日までにお知らせください。

市 町 村 (保 険 者) 意 見	次のとおり意見します。										

みやこ町長 殿

特例入所意見照会書

施 設 名 _____
施設長名 _____
担当者名 _____
電話番号 _____

次のとおり入所検討委員会を開催しますので、特例入所対象者についての意見を下記又は任意の様式により、令和 年 月 日までにお知らせください。

入所検討委員会開催日時	令和 年 月 日 時 分 より
-------------	-----------------

○特例入所対象者の状況

1	氏 名		性別		生 年 月 日	M・T・S	年	月	日
	保 険 者 番 号								
	要 介 護 度	☐ 要介護1 ☐ 要介護2		入 所 申 込 日	令和 年 月 日				
	入所申込者の状況 ※施設記入					市町村（保険者）意見			
	☐ 申込日（受付報告）から変化ありません。 ☐ 申込日（受付報告）から変化があります。					次のとおり意見します。			
2	氏 名		性別		生 年 月 日	M・T・S	年	月	日
	保 険 者 番 号								
	要 介 護 度	☐ 要介護1 ☐ 要介護2		入 所 申 込 日	令和 年 月 日				
	入所申込者の状況 ※施設記入					市町村（保険者）意見			
	☐ 申込日（受付報告）から変化ありません。 ☐ 申込日（受付報告）から変化があります。					次のとおり意見します。			