

入所申込書(1/2)

申込年月日		平成 年 月 日					
本人	フリガナ			明治・大正・昭和			
	氏名			生年月日	年 月 日(歳)	性別	男・女
	住所	郵便番号(-)			電話番号	()	
家族・申込者	フリガナ			続柄			備考
	氏名						
	住所	郵便番号(-)			携帯番号	()	
					電話番号	()	
居宅介護 支援事業者	その他の連絡先	郵便番号(-)			電話番号	()	
	事業所名			事業者番号			
	所在地	郵便番号(-)			電話番号	()	
入院・入所先	フリガナ			担当者名	備考		
	施設名			施設種別			
	所在地	郵便番号(-)			電話番号	()	
他施設の申込状況	フリガナ			担当者名	備考		
	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)			

【説明確認及び同意書】

- ・入所申込から契約までの必要な手続き、入所順位決定方法、ならびに入所にあたっての注意事項について、施設から説明を受けました。
- ・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について同意します。
- ・入所可能な案内があ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は、入所順位名簿から削除されることに同意します。
- ・入所制度の適正な運用のため、この申込書及びそれらから作成した資料等を行政機関等の求めに応じて提供することに同意します。
- ・施設が居宅介護支援事業者へ入所希望者の状況について確認することに同意します。

平成 年 月 日

氏名

印(続柄)

施設記入	担当者名			職種	施設長・相談員・ケアマネ・その他()		
	受付番号			受付年月日	平成 年 月 日		
	備考						

入 所 申 込 書 (2 / 2)

介護認定	申請(更新・変更)中・済	被保険者番号	
要介護度	1・2・3・4・5	認定の有効期間	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日
介護者の状況	(□内は該当項目にチェック) 該当する番号1つに○	1. 身寄りがなく、介護する者がいない 2. 介護する者がいない (□ 介護者が長期入院・入所 □ 介護者が遠方に在住) 3. 介護する者はいるが、十分な介護力がない。 (介護者が □ 要介護状態 □ 病気療養中 □ 障害がある) 4. 介護する者はいるが、介護にあたる時間を十分に確保できない。 (介護者が □ 要支援状態・高齢 □ 就労している □ 他にも介護している □ 育児している) 5. 介護する者はいるが、上記以外の理由で介護を行うことが困難である。 6. 1～5に該当しない(介護に欠ける状態ではない)。 ※ 上記を記入し、現在の家族状況、介護者の状況をご記入ください。	
入所者本人の状況	該(□内は該当項目にチェック) 現在の住居及び介護サービスの利用状況	1. 施設 □ 特養(□従来型 □ユニット型) □ 老健 □ 介護療養型 □ 養護 □ ケアハウス □ 認知症高齢者グループホーム □ 有料老人ホーム □ 救護・更生施設(保護施設) □ 障害者入所施設 □ 生活支援ハウス □ その他() 2. 病院 (病名: _____ 入院: 平成 年 月から) 3. 在宅 □ 訪問介護 (□ 週4回以上 □ 週2～3回 □ 週1回) □ 訪問入浴介護 (□ 週1回以上) □ 訪問看護/訪問リハビリテーション (□ 週2回以上 □ 週1回) □ 定期巡回・随時対応型訪問介護看護 □ 夜間対応型訪問介護 □ 通所介護/通所リハビリテーション (□ 週2回以上 □ 週1回) □ 認知症対応型通所介護 □ 短期入所生活介護/療養介護 (最近3か月の利用日数合計 ____日) □ 小規模多機能型居宅介護 □ 複合型サービス	
その他			

短期入所申込書

記 入 欄	受付日	平成	年
	受付番号		
	受付		

次のとおり、 _____ への入所を申し込みます。

入 所 希 望 者	フリガナ			保険者番号	市区町村										
	氏名			被保険者番号											
	性別	男 ・ 女		要介護度	1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5										
	生年月日	明・大・昭	年	月	日	(歳)	認定有効期間	平成	年	月	日から	平成	年	月	日まで
	自宅住所	〒										電話番号			
現 在 の 居 所	自宅等	居所													
		居宅介護支援事業所名		電話番号											
		ケアマネージャー氏名													
	介護保険施設・一般病院等	施設・病院等の名称	(介護 ・ 医療)			入所等の履歴	(年 月 ~ 年 月)								
入所・入院期間		年 月 日 ~			(年 月 ~ 年 月)										
入所申込理由 (自宅介護が困難な理由)															
他施設の申込状況 (予定含む)		(年 月 日 申込) (年 月 日 申込) (年 月 日 申込) (年 月 日 申込)													
申 請 者	氏名				入所希望者との続柄										
	住所											電話番号			
連 絡 先	氏名				入所希望者との続柄										
	住所											電話番号			

※連絡先は、申請者と同じ場合は記入不要です。

同 意 欄	今後、入所申込状況の調査のために、私(入所希望者及び家族)に関する情報を施設から市町村・担当居宅介護支援事業所・他介護保険施設及び医療機関から情報提供・収集することに同意します。										
	平成 年 月 日										
	氏名										印

■添付資料： 介護保険被保険者証

■注意事項： 要介護認定の見直しや他施設入所等の状況の変化があった場合は、すぐに施設にお知らせください。

施設又は介護支援専門員 記入欄

記入者				記入日	平成	年	月	日	
身体 の 状 況	健康状態	現在治療中の病名							
		受診している医療機関名							
		現在の病状等							
	日常生活	移動	自立 ・ 見守り ・ 一部介助 ・ 全介助 ・ その他([独歩 ・ 杖 ・ 手引き ・ 歩行器 ・ 手押し車])						
		食事	自立 ・ 見守り ・ 一部介助 ・ 全介助 ・ その他()						
		排泄	自立 ・ 見守り ・ 一部介助 ・ 全介助 ・ その他()						
		入浴	自立 ・ 見守り ・ 一部介助 ・ 全介助 ・ その他()						
		着脱衣	自立 ・ 見守り ・ 一部介助 ・ 全介助 ・ その他()						
		視覚	見える ・ 見えにくい ・ 見えない ・ その						
		聴覚	聞こえる ・ 聞こえにくい ・ 聞こえない ・ その他()						
		意思伝達	できる ・ できない ・ その他()						
		認知症	軽度 ・ 中等度 ・ 重度						
精神状態	正常 ・ 精神障害								
問題行動	ない ・ 時々ある ・ ある								
家族 に つ い て	主たる 介護者	氏名		年齢	入所希望者との続柄				
	介護者の 状況								
	同居	人 (配偶者 ・ 子 ・ 孫 ・ 親 ・ 兄弟 ・ その他[])							
	別居	人 (配偶者 ・ 子 ・ 孫 ・ 親 ・ 兄弟 ・ その他[])							
	家族の 状況等								

施設記入欄

記入者	説明	直接	電話 (平成	年	月	日)
特記事項						

利用申込書

小規模多機能型居宅介護事業所 もみじの家

平成 年 月 日受付

*利用者の情報

氏名			
生年月日	明・大・昭 年 月 日 (歳)		
住所	〒 TEL:		
介護度認定状況	要介護度	1・2・3・4・5・未認定	
	有効期限	H . . ~ H . .	
在宅サービスの利用状況	デイサービス・デイケア・訪問介護・訪問看護・ショートステイ・その他		

*連絡先

氏名	印	(続柄)
住所	〒	TEL:
緊急時連絡先	〒	TEL:

*家族構成

氏名	生年月日	年齢	続柄	職業(勤務先)
	年 月 日			
	年 月 日			

*利用を希望される方についてお尋ねします。

ご本人様の現在の住居

1. 自宅 2. 病院(病院名) 3. 施設(施設名)

誓 約 書

平成 年 月 日付け、備介第 号で開示決定

通知のあった介護保険要介護認定関係文書につきましては、下記の遵守事項のとおり、適正に管理することを誓約します。

【遵守事項】

- 1) 提供を受けた資料は、居宅（介護予防）サービス計画の作成を目的とする以外には使用しません。
- 2) 提供を受けた資料は厳重に保管し、紛失破損しないよう適正な保管に努めます。
- 3) 福祉用具貸与を行うことが可能と判断されるときは、被保険者の同意を得た上で、提供を受けた資料の写しを（介護予防）福祉用具貸与事業者に提供することとしますが、その場合は資料を厳重に保管し、紛失破損することのないよう、（介護予防）福祉用具貸与事業者に対して指導します。

平成 年 月 日

備 前 市 長 殿

事業者名

氏 名

⑩

