

記入日	平成	年	月	日
受付日	平成	年	月	日

注意事項

- ※入所申込ができるのは原則として要介護度3以上の方です(要介護度1・2の方については、入所を必要とするやむを得ない理由が必要となりますので、2枚目(様式1-2)の項目で該当するものを回答して下さい)。
- ※ 申し込みにあたっては、原則事前に施設に連絡した上で、施設を訪問する、もしくは郵送により行って下さい。
なお、ケアマネジャーと契約している場合は、必ず相談した上で、お申し込み下さい。
- ※ 申込後、本人及び介護者の状況に変動があった場合(例:要介護度が変わった、認知症の症状の程度が重くなった等)は、必ず申込みをした全ての施設へ連絡をお願いします。
- ※ 「状況」「その他意見」についても、可能な限り具体的にお書き下さい。
- ※ 経済状況の年金受給額の欄には、1ヶ月あたりの金額(2ヶ月に一度支給される額の半額)を記載して下さい。
- ※ この申込書に記入された内容については、特養入所待機者管理及び入所判定以外の目的には使用しませんので、ご安心下さい。

代理人(連絡先) ※今後、郵便物などはこの連絡先にお送りさせていただきますので、連絡を取れる方がご記入下さい。

〒	—	自宅	()
住所		携帯	
氏名		会社	()

特別養護老人ホームに入所したいので、次のとおり申し込みます。

入所希望者及び家族の状況	申込み先 (入所希望施設名)				保険者 (市区町村名)	松戸市	
	フリガナ				介護保険 被保険者番号		
	入所希望者 氏名						性別
	生年月日	明・大・昭	年	月	日()歳	要介護 認定期間	平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで
	現住所	〒 —					
	家族構成	氏名	続柄	年齢	職業	連絡先・住所等	
	主たる介護者						
	同居家族						
	同居以外の 家族 ※後見人がいる場合はこちら に記載						
	申込み状況	<input type="checkbox"/> 当該施設のみ申込み <input type="checkbox"/> 他の施設も申し込んでいる、または今後他の施設も申込み予定 ◇既に申し込んでいる他の施設数 件(名称:) ◇今後申し込む予定の他の施設数 件(名称:)					
	入所希望時期	<input type="checkbox"/> 今すぐ入所したい <input type="checkbox"/> 平成 年 月頃までに入所したい <input type="checkbox"/> 将来的に入所したい <input type="checkbox"/> その他()					
	経済状況	<input type="checkbox"/> 年金(国民・厚生・共済・他) 月額 円 <input type="checkbox"/> 生活保護 <input type="checkbox"/> 仕送り <input type="checkbox"/> その他収入(円/月程度) ◇負担限度額認定証 <input type="checkbox"/> 未申請 <input type="checkbox"/> 却下 <input type="checkbox"/> あり(円)					
	入所希望者の 現況	<input type="checkbox"/> 自宅で一人で暮らしている <input type="checkbox"/> 自宅で家族と暮らしている <input type="checkbox"/> 高齢者(70歳以上)のみの世帯 <input type="checkbox"/> 老人保健施設などの施設や病院に入っている(入院・入所中の方は下記に記入して下さい) ◇施設名又は病院名: ◇所在地(市区町村名) ◇入所又は入院時期: 平成 年 月から入所・入院している 退院・退所の予定: <input type="checkbox"/> 予定なし <input type="checkbox"/> 予定あり(平成 年 月頃) 退院・退所後の予定: <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 施設等(名称:)					

入所希望者及び家族の状況	<p>※入所申込ができるのは原則として要介護度3以上の方です。 (要介護度1・2の方については、入所を必要とするやむを得ない理由が必要となります。そのため、下記の項目についても、該当するものを必ず回答して下さい。)</p> <p><input type="checkbox"/> 主たる介護者が「高齢」、「障害」、「疾病」等により十分な介護が困難なため。 <input type="checkbox"/> 介護困難 <input type="checkbox"/> 多少は介護できる <input type="checkbox"/> 介護可能</p> <p>◇ 主たる介護者の年齢 <input type="checkbox"/> 70歳以上 <input type="checkbox"/> 60歳以上 <input type="checkbox"/> 60歳未満</p> <p><input type="checkbox"/> 主たる介護者が生計中心者として就労している場合で、他に介護する者がいないため。 <input type="checkbox"/> 主たる介護者が育児、または家族の看病、もしくは就労(パート等)しているため。 ◇ 主たる介護者が就労している場合 就労時間 日/週 <input type="checkbox"/> 1日8時間以上 <input type="checkbox"/> 4~8時間 <input type="checkbox"/> 4時間未満</p> <p>◇ 主たる介護者が育児をしている、もしくは家族が病気で看病が必要な場合 <input type="checkbox"/> 常時の育児・看病 <input type="checkbox"/> 半日の育児・看病 <input type="checkbox"/> 臨時の育児・看病</p> <p><input type="checkbox"/> 複数の高齢者(障害児者)等を在宅で介護しているため。 <input type="checkbox"/> 主たる介護者の身体的・精神的負担が大きく十分な介護が困難なため。 <input type="checkbox"/> 居住環境の事情により十分な介護が困難なため。 <input type="checkbox"/> 病院や他施設等から退院・退所を求められているが、在宅での介護が困難なため。</p>
	<p>※要介護度1・2の方については、以下該当するものを必ず回答してください。</p> <p><input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 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。</p>
	<p>主たる介護者の介護負担 <input type="checkbox"/> 重い <input type="checkbox"/> やや重い <input type="checkbox"/> 軽い <input type="checkbox"/> 負担なし (状況: _____)</p>
	<p>主たる介護者の介護の関与 <input type="checkbox"/> 介護拒否 <input type="checkbox"/> 非常に消極的 <input type="checkbox"/> やや消極的 <input type="checkbox"/> ふつう (状況: _____)</p>
	<p>他の同居介護補助者 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(続柄 _____ 頻度 _____ 日/週程度 _____ 日/月程度 _____) (状況: _____)</p>
	<p>別居血縁者介護協力 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(続柄 _____ 頻度 _____ 日/週程度 _____ 日/月程度 _____) (状況: _____)</p>
	<p>近隣者等の介護協力 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(続柄 _____ 頻度 _____ 日/週程度 _____ 日/月程度 _____) (状況: _____)</p>
	<p>部屋の希望 <input type="checkbox"/> 多床室 <input type="checkbox"/> 個室 <input type="checkbox"/> どちらでもよい</p>
<p>その他意見 【介護をしている上で困っていること(経済状況、家庭状況含む)、入所を希望する理由等】</p>	

※ 本入所申込書・状況申立書の内容を松戸市へ提供することに同意します。
 ※ 本入所申込書・状況申立書の調査に関し、関係病院、担当ケアマネジャーに確認することに同意します。

入所希望者氏名 _____ 印

代理人氏名 _____ 印