

## ユニット型指定介護老人福祉施設入居申込書 (特別養護老人ホーム)

施設名

シルバーピアみずほ 施設長 様

入居を希望するので、下記のとおり申込みます。

申込日	平成	年	月	日
受付日	平成	年	月	日
受付者				

入居希望者	ふりがな						性	男	生年月日				
	氏名						別	女	明・大・昭 年 月 日 ( 歳)				
	住所	〒 -					(TEL ) (FAX )						
被保険者番号						要介護度	3 4 5 ( 1 2 )						
保険者番号						保険者名							
初回要介護認定年月日	平成 年 月 日					認定の有効期間	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日						
認定審査会の意見等													

※上記（初回要介護認定年月日以外）は、入所希望者の介護保険被保険者証から転記願います。

申込者	住所	〒 -					(TEL ) (FAX )				
	ふりがな						入所希望者との続柄				
氏名											
連絡先	住所	〒 -					(TEL ) (FAX )				
	ふりがな						入所希望者との続柄				
氏名											

※申込者以外の方へ連絡を希望される方は、連絡先欄もご記入ください。

申込状況	<input type="checkbox"/> 当該施設のみ申し込む。 <input type="checkbox"/> 他の施設も申し込んでいる。又は申し込む予定。	
	既に申し込んだ施設名	( ) ( )
		( ) ( )
	申し込み予定施設名	( ) ( )
	( ) ( )	

説明確認欄	私は、入居申込みに際し、入所順位の決定方法、状況の変化に伴う届出及び辞退の取扱いについて、施設から説明を受けました。 また、今後の名古屋市の施策の参考とするため、この申込書の内容を名古屋市に報告することに同意します。 平成 年 月 日 氏名 _____ ( )
-------	--

## 入所希望者等の状況

※該当するものにレ印をつけ、その状況をご記入ください。

現在の居所	<input type="checkbox"/> 自宅で一人暮らしをしている <input type="checkbox"/> 自宅で家族と暮らしている <input type="checkbox"/> 特養・老健などの施設や病院に入っている 施設又は病院名（    ） 施設等へ入所又は入院した時期（昭和・平成          年          月から）																																													
入所希望時期	<input type="checkbox"/> 今すぐ <input type="checkbox"/> 半年以内 <input type="checkbox"/> 1年以内 <input type="checkbox"/> その他（                          ）																																													
入所を希望する理由 （該当するものをいくつでも選んでください）	<input type="checkbox"/> 介護する者がいないため <input type="checkbox"/> 介護する者が遠く離れたところに住んでいるため <input type="checkbox"/> 介護する者が「高齢」、「障害」、「病気」等により介護することが困難なため <input type="checkbox"/> 介護する者が就労していて介護することが困難なため <input type="checkbox"/> 介護する者の身体的・精神的負担が大きい <input type="checkbox"/> 居住環境の事情により、十分な介護をすることが困難なため <input type="checkbox"/> 施設や病院から退所（退院）を求められているため <input type="checkbox"/> その他（    ）																																													
医療に関する状況	（特別な医療的対応） <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 在宅酸素療法 <input type="checkbox"/> インシュリン注射 <input type="checkbox"/> 人工透析 <input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> バルーンカテーテル <input type="checkbox"/> その他（                          ） （現在治療中の病気等） （その他健康状態に関する特記事項）																																													
認知症等による行動障害 （行動障害の起きる頻度にもレ印を付けてください）	<input type="checkbox"/> 該当なし <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 不穏行動 <input type="checkbox"/> 自傷行為 <input type="checkbox"/> 暴力行為 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 異食行動 <input type="checkbox"/> 火の不始末 <input type="checkbox"/> 被害妄想 <input type="checkbox"/> その他（    ） <input type="checkbox"/> ほとんど毎日 <input type="checkbox"/> 週3～4回程度 <input type="checkbox"/> 週1～2回程度 <input type="checkbox"/> 月数回程度																																													
介護に関する状況	<table border="0"> <tbody> <tr> <td>飲水食事摂取</td> <td><input type="checkbox"/> 自立</td> <td><input type="checkbox"/> 見守り</td> <td><input type="checkbox"/> 一部介助</td> <td><input type="checkbox"/> 全介助</td> </tr> <tr> <td>排尿</td> <td><input type="checkbox"/> 自立</td> <td><input type="checkbox"/> 見守り</td> <td><input type="checkbox"/> 一部介助</td> <td><input type="checkbox"/> 全介助</td> </tr> <tr> <td>排便</td> <td><input type="checkbox"/> 自立</td> <td><input type="checkbox"/> 見守り</td> <td><input type="checkbox"/> 一部介助</td> <td><input type="checkbox"/> 全介助</td> </tr> <tr> <td>入浴</td> <td><input type="checkbox"/> 自立</td> <td><input type="checkbox"/> 見守り</td> <td><input type="checkbox"/> 一部介助</td> <td><input type="checkbox"/> 全介助</td> </tr> <tr> <td>歩行</td> <td><input type="checkbox"/> 自立</td> <td><input type="checkbox"/> 見守り</td> <td><input type="checkbox"/> 一部介助</td> <td><input type="checkbox"/> 全介助</td> </tr> <tr> <td>衣服着脱</td> <td><input type="checkbox"/> 自立</td> <td><input type="checkbox"/> 見守り</td> <td><input type="checkbox"/> 一部介助</td> <td><input type="checkbox"/> 全介助</td> </tr> <tr> <td>視力</td> <td><input type="checkbox"/> 普通</td> <td><input type="checkbox"/> やや見えにくい</td> <td><input type="checkbox"/> かなり見えにくい</td> <td><input type="checkbox"/> 全く見えない</td> </tr> <tr> <td>聴力</td> <td><input type="checkbox"/> 普通</td> <td><input type="checkbox"/> やや聞えにくい</td> <td><input type="checkbox"/> かなり聞えにくい</td> <td><input type="checkbox"/> 全く聞えない</td> </tr> <tr> <td>意思の伝達</td> <td><input type="checkbox"/> 普通</td> <td><input type="checkbox"/> やや伝えにくい</td> <td><input type="checkbox"/> かなり伝えにくい</td> <td><input type="checkbox"/> 全く伝えられない</td> </tr> </tbody> </table>	飲水食事摂取	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	排尿	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	排便	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	入浴	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	歩行	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	衣服着脱	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	視力	<input type="checkbox"/> 普通	<input type="checkbox"/> やや見えにくい	<input type="checkbox"/> かなり見えにくい	<input type="checkbox"/> 全く見えない	聴力	<input type="checkbox"/> 普通	<input type="checkbox"/> やや聞えにくい	<input type="checkbox"/> かなり聞えにくい	<input type="checkbox"/> 全く聞えない	意思の伝達	<input type="checkbox"/> 普通	<input type="checkbox"/> やや伝えにくい	<input type="checkbox"/> かなり伝えにくい	<input type="checkbox"/> 全く伝えられない
飲水食事摂取	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助																																										
排尿	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助																																										
排便	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助																																										
入浴	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助																																										
歩行	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助																																										
衣服着脱	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助																																										
視力	<input type="checkbox"/> 普通	<input type="checkbox"/> やや見えにくい	<input type="checkbox"/> かなり見えにくい	<input type="checkbox"/> 全く見えない																																										
聴力	<input type="checkbox"/> 普通	<input type="checkbox"/> やや聞えにくい	<input type="checkbox"/> かなり聞えにくい	<input type="checkbox"/> 全く聞えない																																										
意思の伝達	<input type="checkbox"/> 普通	<input type="checkbox"/> やや伝えにくい	<input type="checkbox"/> かなり伝えにくい	<input type="checkbox"/> 全く伝えられない																																										

## 介護者の状況

介護者の状況	ふりがな		性	男	生年	明・大・昭	続	
	氏名		別	女	月日	年 月 日 ( 歳)	柄	
	居住関係	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居（住所： _____ ） 入所希望者宅までの所要時間（ _____ 分）						
	就労状況	<input type="checkbox"/> 就労していない <input type="checkbox"/> 就労している（週 _____ 日、週 _____ 時間程度）						
	健康状態	<input type="checkbox"/> 健康 <input type="checkbox"/> 病弱・慢性疾患等で定期的に通院中・病名 _____ ) ・入院していないが継続的な治療を要する・病名 _____ ) ・要入院加療（ _____ か月程度・病名 _____ )						
	身体状況	<input type="checkbox"/> 障害有（ _____ 級・障害の種類： _____ ） <input type="checkbox"/> 無						
	要介護度	<input type="checkbox"/> 有（要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5） <input type="checkbox"/> 無						
	他に対応を要する家族の有無	<input type="checkbox"/> 育児の必要な家族がいる（子どもの年齢 _____ 歳） <input type="checkbox"/> 3か月以上看病（付添）の必要な家族がいる（自宅療養・入院中） <input type="checkbox"/> 入所希望者以外に介護の必要な家族がいる（要支援・要介護 1 2 3 4 5） <input type="checkbox"/> 介護の必要な障害を有する家族がいる（ _____ 級・種類： _____ ）						
介護協力者の有無	<input type="checkbox"/> 同居親族に協力者がいる <input type="checkbox"/> 同居以外の親族に協力者がいる <input type="checkbox"/> 親族以外の協力者（近隣者など）がいる <input type="checkbox"/> 協力してくれる人はいない							
【介護をされていて困っていること、その他特記すべき事項をお書きください。】								

### ※申込書に添えて提出する書類

- 1 入所希望者の介護保険被保険者証（写）
- 2 直近のサービス利用票及び別表（写）……………現在、在宅でお過ごしの方のみ提出してください。

施設使用欄

## 入所希望者の親族の状況

同居の家族（※入所希望者本人については記入不要です。）					
氏名		生年 月日	明・大・昭・平 年 月 日	続柄	
				就労状況	
氏名		生年 月日	明・大・昭・平 年 月 日	続柄	
				就労状況	
氏名		生年 月日	明・大・昭・平 年 月 日	続柄	
				就労状況	
氏名		生年 月日	明・大・昭・平 年 月 日	続柄	
				就労状況	
氏名		生年 月日	明・大・昭・平 年 月 日	続柄	
				就労状況	

近親者の状況			
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 5px;">配偶者</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 5px;">本人</div>	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 5px;">子</div>	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 5px;">孫</div>	
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 5px;">兄弟姉妹</div>	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 5px;">甥姪</div>		

## 変更及び取り下げ届

特別養護老人ホーム  
シルバークリアみずほ 施設長 様

受付No.	
処理状況	処理済
処理者	

先に提出した「ユニット型指定地域密着型介護老人福祉施設入居申込書（特別養護老人ホーム）」の内容に変更がありましたので届け出ます。  
**※変更があった箇所のみご記入ください。**

入居希望者氏名		変更届出年月日： 平成 年 月 日	
要介護度	3 ・ 4 ・ 5 ( 1 ・ 2 )		
住 所	〒 - (TEL )		
現在の居所	<input type="checkbox"/> 自宅で一人暮らしをしている <input type="checkbox"/> 自宅で家族と暮らしている <input type="checkbox"/> 特養・老健などの施設や病院に入っている 施設又は病院名 ( ) 施設等へ入所又は入院した時期 (昭和・平成 年 月から)		
特別な医療的対応	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 在宅酸素療法 <input type="checkbox"/> インシュリン注射 <input type="checkbox"/> 人工透析 <input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> バルーンカテーテル <input type="checkbox"/> その他 ( )		
認知症等による行動障害	<input type="checkbox"/> 該当なし <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 不穏行動 <input type="checkbox"/> 自傷行為 <input type="checkbox"/> 暴力行為 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 異食行動 <input type="checkbox"/> 火の不始末 <input type="checkbox"/> 被害妄想 <input type="checkbox"/> その他 ( ) <input type="checkbox"/> ほとんど毎日 <input type="checkbox"/> 週3～4回程度 <input type="checkbox"/> 週1～2回程度 <input type="checkbox"/> 月数回程度		
介護者の状況	ふりがな	性 男 生年 明・大・昭 続	
	氏 名	別 女 月日 年 月 日 ( 歳 ) 柄	
	居住関係	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居 (住所： ) 入所希望者宅までの所要時間 ( 分)	
	就労状況	<input type="checkbox"/> 就労していない <input type="checkbox"/> 就労している (週 日、週 時間程度)	
	健康状態	<input type="checkbox"/> 健康 <input type="checkbox"/> 病弱・慢性疾患等で定期的に通院中・病名 ( ) ・入院していないが継続的な治療を要する・病名 ( ) ・要入院加療 ( か月程度・病名 ( )	
	身体状況	<input type="checkbox"/> 障害有 ( 級・障害の種類： ) <input type="checkbox"/> 無	
	要介護度	<input type="checkbox"/> 有 (要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5) <input type="checkbox"/> 無	
	他に対応を要する家族の有無	<input type="checkbox"/> 育児の必要な家族がいる (子どもの年齢 歳) <input type="checkbox"/> 3か月以上看病 (付添) の必要な家族がいる (自宅療養・入院中) <input type="checkbox"/> 入所希望者以外に介護の必要な家族がいる (要支援・要介護 1 2 3 4 5) <input type="checkbox"/> 介護の必要な障害を有する家族がいる ( 級・種類： )	
介護協力者の有無	<input type="checkbox"/> 同居親族に協力者がいる <input type="checkbox"/> 同居以外の親族に協力者がいる <input type="checkbox"/> 親族以外の協力者 (近隣者など) がいる <input type="checkbox"/> 協力してくれる人はいない		
入居申込みの取り下げ	<input type="checkbox"/> 他施設に入居が決定した <input type="checkbox"/> その他 ( )		