

※記入例※
特別養護老人ホーム 熱海伊豆海の郷 入所申込書

※施設記入欄

初回申込日	令和 2 年 6 月 1 日
-------	----------------

1 入所申込者の状況

(フリガナ) 氏 名	イズミ タロウ 伊豆海 太郎	性 別	生 年 月 日
		Ⓐ男・女	明・大Ⓐ昭 年 1月 1日 (90 歳)
住 所	〒(413 - 0002) 熱海市伊豆山717-1 TEL 0557-80-5600		
介護保険	保険者名 熱海 市(区) 町・村	被保険者番号	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0
要介護度	申請中 要介護度1 要介護度2 要介護度3 要介護度4 要介護度5		
認定の有効期間	令和2年 1 月 1 日 ~ 令和 3 年 12 月 31 日		
入所を希望 する時期	1. すぐにでも入所したい 2. 6か月以内には入所したい 3. 将来的には入所をしたい		
知的障害、精神障害等の状況	*手帳交付の有無、障害の等級等を記載してください。 なし		
居宅サービスの利用状況	*利用サービス、利用頻度、利用期間を記載してください。 デイサービス 週3回くらい ショートステイ 月3~4回くらい		
現在の状況	1. 自宅で生活 2. 施設、病院等に入所している(施設名:) 退所予定の有無 有・無 (有の場合は、退所予定時期)		

家族、身元引受人等の連絡先 *介護者欄には、主たる介護者に◎、介護協力者に○を記載してください。

(フリガナ) 氏 名	イズミ ハナコ 伊豆海 花子	続 柄	介 護 者
		妻	◎
住 所	〒(413 - 0002) 熱海市伊豆山717-1 TEL 0557-80-5600 090-0000-XXXX		
(フリガナ) 氏 名	イズミ イチロウ 伊豆海 一郎	続 柄	介 護 者
		長男	別居
住 所	〒(000 - 0000) 東京都〇〇区〇〇 〇〇-〇〇 TEL 090-0000-XXXX		
(フリガナ) 氏 名	イズミ シロウ 伊豆海 二郎	続 柄	介 護 者
		次男	○
住 所	〒(000 - 0000) 熱海市伊豆山717-1 TEL 090-0000-XXXX		

2 介護者等の状況（現在、自宅で生活の場合及び施設に入所しているが退所が予定されている場合に記載）

主たる介護者等の状況で、該当する項目1つに○をつけて、必要事項を記入してください	1. ひとり暮らしで、介護者がいない
	2. 介護者が要介護状態、病気療養中又は障害を有することにより、介護が困難 〔要介護状態区分:() 病気療養中:(病名等) 障害の等級等:() 〕 介護が困難な状況:
	3. 介護者が要支援状態又は高齢者であることにより、介護が困難 〔要支援状態区分:(1 ・ 2 ・ 事業対象者) 年齢:(90 歳) 〕 介護が困難な状況: 妻が日常的な介護をしているが高齢により難しくなっている
	4. ひとり暮らしで、介護者がいるが、日常的に介護を受けることが困難 〔介護が困難な状況: 〕
	5. 複数人を介護しているため、介護が困難 〔申込者以外の介護の状況: 〕
	6. 介護者が就労をしているため、介護が困難 〔就労の状況 (週 回) (1日当たり 時間) (夜勤: 有・無) 〕
	7. 介護者が育児をしているため、介護が困難 〔育児の状況 (育児の対象 歳児) (育児の頻度: 常時 半日程度 臨時的) 〕
	8. 上記以外の状態で介護が困難 〔介護が困難な状況: 〕

3 施設入所の状況（該当する施設に入所している場合に記載）

該当する項目1つに○をつけてください	1. 養護老人ホーム、軽費老人ホーム、住宅型有料老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅、法令で定めるその他の福祉施設（介護付きの施設は2へ）	(施設名)
	2. 特別養護老人ホーム、介護老人保健施設、介護療養型医療施設、グループホーム、1のうち介護付きの施設、病院	(施設名)

4 収入状況（本人の収入状況を記載）

年金の種類		管理している方	妻
年金額	〇〇万 円/2か月		
その他の収入	なし		
負担限度額認定	第4段階 ・ 第3段階 ・ 第2段階 ・ 第1段階 ・ 未申請(わからない)		

5 その他事項（家族の状況など、お困りのことがあれば記載してください）

次男は就労していて介護はできない
妻も高齢となり介護が難しくなっている
申込者本人は歩くことが段々できなくなっているが車いすが入る環境ではない
など・・・

6 入所申込者のご病気について

〈病歴〉

病名	入通院病院	期間
左大腿骨頸部骨折	〇〇病院〇〇科	平成〇〇年〇月～令和〇年〇月
脳梗塞	〇〇病院〇〇科	令和〇年〇月～令和〇年〇月

〈医療行為〉 該当するものに〇

尿管カテーテル	ストマ（人工肛門）	経管栄養	胃ろう
酸素療法	インシュリン注射	疼痛看護	その他（ ）

担当ケアマネジャー	氏名	〇〇 〇〇	事業所名	〇〇〇〇
主治医	氏名	〇〇 〇〇	病院名	〇〇病院

個人情報使用同意欄

私は、当法人が保管する入所申込みに関する個人情報について、円滑なサービス提供のために必要最小限の範囲に限り使用することに同意いたします。
当法人は、情報の使用において関係者以外の者に洩れることのないようにします。

令和2年 6月 1日 氏名 伊豆海 花子 印（続柄）妻

※入所申込後に申込者及び介護者の状況に変化が生じた場合は、必ずご連絡ください。

施設処理欄

受付日	令和 年 月 日	施設受付印
受付方法	窓口 ・ 郵送 ・ 他（ ）	
受付者		