指定介護老人福祉施設入所申込書
（特別養護老人ホーム）

受付番号	

施設名
山田清里苑　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	令和　　年　　月　　日
受付日	令和　　年　　月　　日
受付者	

入所希望者	ふりがな		性別	男・女	生年月日 明・大・昭　　年　　月　　日 （　　歳）
	氏　名				
	住　所	〒　　－ （TEL　　） （携帯　　）			
被保険者番号			要介護度		３　４　５（１　２）
保険者番号			保険者名		市・区・町・村
初回要介護認定年月日		平成・令和　　年　　月　　日	認定の有効期間		平成・令和　　年　　月　　日～ 平成・令和　　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　　） （携帯　　）		
	ふりがな		入所希望者との続柄	
	氏　名			
連絡先	住　所	〒　　－ （TEL　　） （携帯　　）		
	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	□　当該施設のみ申し込む。　　□　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。　　本人との続柄 令和　　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	□自宅で一人暮らしをしている　□自宅で家族と暮らしている □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・令和　　年　　月　　日から）
入所希望時期	□今すぐ　□半年以内　□１年以内　□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）	□介護する者がいないため □介護する者が遠く離れたところに住んでいるため □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 □介護する者が就労していて介護することが困難なため □介護する者の身体的・精神的負担が大きいため □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 □施設や病院から退所（退院）を求められているため □その他（　　）
医療に関する状況	（特別な医療的対応）　□なし □経管栄養　□胃ろう　□在宅酸素療法　□インシュリン注射　□人工透析 □人工肛門　□バルーンカテーテル　□その他（　　） （現在治療中の病気等）※できるだけ詳しく記入してください。 （その他健康状態に関する特記事項）※できるだけ詳しく記入してください。
認知症等による行動・心理症状 （行動・心理症状の起きる頻度にもレ印を付けてください）	□該当なし □徘　徊　□不潔行為　□不穏行動　□自傷行為　□暴力行為 □昼夜逆転　□異食行動　□火の不始末　□被害妄想 □そ の 他（　　） □ほとんど毎日　□週３～４回程度　□週１～２回程度　□月数回程度

介護に関する状況	飲水食事摂取	□自立	□見守り	□一部介助	□全介助
	排　尿	□自立	□見守り	□一部介助	□全介助
	排　便	□自立	□見守り	□一部介助	□全介助
	入　浴	□自立	□見守り	□一部介助	□全介助
	歩　行	□自立	□見守り	□一部介助	□全介助
	衣服着脱	□自立	□見守り	□一部介助	□全介助
	視　力	□普通	□やや見えにくい	□かなり見えにくい	□全く見えない
	聴　力	□普通	□やや聞えにくい	□かなり聞えにくい	□全く聞えない
	意思の伝達	□普通	□やや伝えにくい	□かなり伝えにくい	□全く伝えられない
	理　解　力	□普通	□やや低い	□かなり低い	□全く理解できない

介護者の状況

介護者の状況	ふりがな		性別	男・女	生年月日	明・大・昭　年　月　日（　　歳）	続柄	
	氏　　名							
	居住関係	□同居　□別居（住所：　　） 入所希望者宅までの所要時間（　　分）						
	就労状況	□就労していない　□就労している　（週　　日、週　　時間程度）						
	健康状態	□健康　□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	□障害有（　　級・障害の種類：　　）　□無						
	要介護度	□有（要支援１・２　要介護 １ ・ ２ ・ ３ ・ ４ ・ ５ ）　□無						
	他に対応を要する家族の有無	□育児の必要な家族がいる（子どもの年齢　　歳） □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） □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） □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		□同居親族に協力者がいる □同居以外の親族に協力者がいる □親族以外の協力者（近隣者など）がいる □協力してくれる人はいない						

【介護をし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・令　年　月　日	続柄	
				就労状況	
氏名		生年月日	明・大・昭・平・令　年　月　日	続柄	
				就労状況	
氏名		生年月日	明・大・昭・平・令　年　月　日	続柄	
				就労状況	
氏名		生年月日	明・大・昭・平・令　年　月　日	続柄	
				就労状況	
氏名		生年月日	明・大・昭・平・令　年　月　日	続柄	
				就労状況	

近親者の状況

未婚・死別・離別

（　.　.　）

配偶者

本人
（入所希望者）

子	続柄
	配偶者
	配偶者
	配偶者
	配偶者
	配偶者

孫	

兄弟姉妹

甥姪

身元引受人

氏名：

続柄（　　）

身元引受人以外の緊急連絡先

氏名：

続柄（　　）

山田清里苑版　20190522（改）