

--	--

申 込 日	年 月 日	受 付 日	年 月 日
住 所	〒		
電 話		携帯電話	
申込者氏名	印	続 柄	
入所対象者本人の同意の有無		有 無	

※今後の連絡先とさせていただきます。

貴施設に入所したいので、次のとおり申し込みます。

入所対象者の状況	フリガナ		性 別	男 女
	氏 名		生年月日	M T S 年 月 日
			保 険 者	
	介護保険被保険者番号		保険者番号	
	要 介 護 度		現住所	〒
	要介護認定期間	年 月 日から 年 月 日まで		
	連 絡 先	電話 / 携帯電話		
現 況	☐ 単身世帯 ☐ 高齢者世帯 ☐ 家族と同居 ()			
	☐ 介護保険施設や病院等に入所(院)中			
	◇ 施設(病院)名称 ()			
	◇ 入所(院)の時期 (年 月 日から)			
	☐ 居宅介護サービス利用中			
	◇ 居宅介護支援事業所 ()			
	◇ 担当ケアマネージャー ()			
主たる介護者	フリガナ		性 別	男 女
	氏 名		生年月日	M T S 年 月 日
			同居の別	☐ 同居 ☐ 別居
	本人との関係		家族構成	
	現 住 所	〒		
	連 絡 先	電話 / 携帯電話		
	介護者の意見 (介護の困難事由)			
身元引受人	フリガナ		性 別	男 女
	氏 名		生年月日	M T S 年 月 日
			同居の別	☐ 同居 ☐ 別居
	連絡先(電話)		本人との関係	
	現 住 所	〒		
申込状況	☐ 当施設にのみ申し込む ☐ 他の施設に申し込んでいる、今後申し込む予定 ◇ 施設名： ◇ 施設名： ◇ 施設名： ◇ 施設名：			
同意欄	以上は、特別養護老人ホーム入所指針の説明を書面により受け、同意の上、申込みを行ったものです。 また、入所検討委員会における検討資料作成のため介護支援専門員等による調査の受入や、保険者・居宅介護支援事業者等介護保険事業者からサービス利用票等の写しを徴する ことに同意します。			
	本人 (印) 家族(又は代理人) (印)			

※②要介護1又は2の方については、特例入所の該当要件を「介護者の意見」欄に記入してください。

特別養護老人ホームいわせ長寿苑 個別状況調査票

対象者氏名		被保険者番号	
今回調査日	年 月 日	前回調査日	年 月 日

調査員氏名		応答者氏名	
居宅介護支援事業所名		本人との関係	
要介護度		電 話	
認知症の状況及び頻度		F A X	
入所希望の背景 (該当するもの全てを選択)	☐ 単身世帯、高齢者世帯等であり家族等の介護者がいない () ☐ 主介護者が障害・疾病・高齢の状況にある () ☐ 主介護者が育児、家族の看病等を行っている () ☐ 主介護者が複数の家族等を介護している () ☐ 主介護者が就労しており介護が困難/ 介護により生計維持者の就労が困難 () ☐ 同居家族や別居血縁者等による介護への協力が無い () ☐ 主介護者や家族等による介護放棄、虐待の危険性がある () ☐ 居住環境の事情により十分な介護が困難である () ☐ 介護保険施設、病院等に入院(入所)しているが退所(退院)の求めがある ☐ その他		
居宅サービスの利用状況	☐ 無 ☐ 有 ⇒ ☐ 単位数の80%以上の利用 ☐ 単位数の50%以上 80%未満の利用 ☐ 単位数の50%未満の利用 ☒ 経済的事由による利用制限の有無 ☐ 無 ☐ 有		
施設サービスの利用状況	☐ 無 () ☐ 有 ⇒ ()		
入所希望状況	☐ 早急に ☐ 半年以内 ☐ 1年以内 ☐ 順位到来時		
医療の状況	☒ 既往症の有無 ☐ 無 () ☐ 有 ⇒ () ☒ 特記事項 ☐ 経管栄養 ☐ カテーテル ☐ ストマ ☐ インシュリン注射 ☐ 在宅酸素 ☐ その他 ☒ 通院の有無 ☐ 無 ☐ 有 ()		
機能回復訓練の必要性			

(注)・既往症の有無では、感染症疾患やその完治の状態も併せて調査すること。

・機能回復訓練の必要性では、どの程度の訓練を求めているか、あるいは必要かを記載すること。

・居宅サービス利用票及び別表(写)を添付すること。

令和 年 月 日

記入例

入所取り下げ書

特別養護老人ホームいわせ長寿苑
施設長 様

この用紙は申し込みを取り下
げる際に使用してください

私（入所希望対象者）〇〇××は、次の理由により貴施設への入所
申込みを取下げいたします。

（理由）

例）特別養護老人ホーム×△へ入居したため

理由をご記入頂き、この書類を郵送し
て頂くか、お電話でも構いません

届出者 氏名

関係

住所

※届出者は、原則として入所申込書の申込者とする。

入所申込取下書受理年月日	年	月	日
選考者名簿整理年月日	年	月	日

令和 年 月 日

入所取り下げ書

特別養護老人ホームいわせ長寿苑
施設長 様

私（入所希望対象者）_____は、次の理由により貴施設への入所
申込みを取下げいたします。

（理由）

届出者 氏名

関係

住所

※届出者は、原則として入所申込書の申込者とする。

入所申込取下書受理年月日	年	月	日
選考者名簿整理年月日	年	月	日