

入 所 申 込 書

申込年月日		年 月 日	受付番号		※施設記入						
入 所 申 込 者	フリガナ				<input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和			性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		
	氏名				年 月 日 (歳)						
	住所	〒 (-)				連絡先	()				
	介護保険 情報	介護認定	<input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 申請(更新・変更)中			要介護度	<input type="checkbox"/> 要1 <input type="checkbox"/> 要2 <input type="checkbox"/> 要3 <input type="checkbox"/> 要4 <input type="checkbox"/> 要5				
		保険者番号				被保険者番号					
		認定有効期間	年 月 日 ~				年 月 日				
現在の 住居	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 養護老人ホーム <input type="checkbox"/> 軽費老人ホーム <input type="checkbox"/> 有料老人ホーム <input type="checkbox"/> サービス付き高齢者向け住宅 <input type="checkbox"/> 特別養護老人ホーム <input type="checkbox"/> 介護老人保健施設 <input type="checkbox"/> グループホーム <input type="checkbox"/> 病院・有床診療所・介護療養型医療施設 <input type="checkbox"/> その他 ()										
		年 月頃より		施設名等【 】							
家 族 ・ 申 込 者	フリガナ				続柄						
	氏名						備考				
	住所	〒 (-)				連絡先	()				
	その他の 連絡先	フリガナ				続柄		連絡先	()		
		氏名									
	フリガナ				続柄		連絡先	()			
	氏名										
居 宅 介 護 支 援 事 業 者	事業所名				フリガナ						
					担当者名						
	連絡先	()		備考							
他 施 設 の 申 込 状 況	施設名 1				申込 <input type="checkbox"/> 予定 <input type="checkbox"/> 済 (申込時期 年 月頃)						
	施設名 2				申込 <input type="checkbox"/> 予定 <input type="checkbox"/> 済 (申込時期 年 月頃)						
	施設名 3				申込 <input type="checkbox"/> 予定 <input type="checkbox"/> 済 (申込時期 年 月頃)						
入所希望時期	<input type="checkbox"/> 今すぐ入所したい <input type="checkbox"/> 年 月頃入所したい										

【特例入所に関する事項】

「要介護1」又は「要介護2」の場合は、該当する項目にチェックしてください。

- 認知症であって、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。
- 知的障がい・精神障がい等を伴い、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。
- 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。
- 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。
- その他（内容を具体的に記入してください。）

【説明確認及び同意欄】

次の事項について施設から説明を受けました。

- ① 入所申込から契約までに必要な手続及び入所にあたっての注意事項。
- ② 入所申込者の入所優先順位決定方法。
- ③ 申込書の内容に変化があった場合は、施設に連絡すること。
- ④ 要介護3以上及び、やむを得ない事由がある要介護1、2のみが入所できること。

次の事項について同意します。

- ① 入所が可能になったにもかかわらず、自己都合により入所を辞退した場合に、入所優先順位名簿から削除されること。
- ② 入所申込後の入所の意思確認に応じられなかった場合に、入所優先順位名簿から削除されること。
- ③ 優先入所制度の適正な運用及び入所申込状況の把握等のために、この申込書及び調査票の内容を行政機関等の求めに応じて提供すること。
- ④ 上記に記入している申込み済（予定）の施設間において、この申込書内容及び調査票の内容を相互に提供すること。

年 月 日 氏名 印 続柄 ()

【施設記入欄】

受付年月日	年 月 日		
受付担当者名		職 種	<input type="checkbox"/> 施設長 <input type="checkbox"/> 相談員 <input type="checkbox"/> ケアマネ <input type="checkbox"/> その他 ()
備 考			

調 査 票

年 月 日調査

申込年月日		年 月 日		受付番号	
フリガナ				<input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和	
申込者氏名		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		生年月日 年 月 日 (歳)	
本人の状況	介護認定	<input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 申請(更新・変更)中		被保険者番号	
	要介護度	<input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5			
	認定有効期間	年 月 日 ~ 年 月 日			
	認知症日常生活自立度	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M			
	行動心理症状	<input type="checkbox"/> 常時ある <input type="checkbox"/> 随時ある <input type="checkbox"/> なし			
身体障害者手帳・原爆手帳等の有無		<input type="checkbox"/> あり (級) <input type="checkbox"/> なし			
介護サービス等の利用状況	住居	年 月頃より 施設名等【 】 住居種別番号(裏面より選択)【 】			
	居宅介護サービス等 利用状況	年 月 利用	サービス別単位	<input type="checkbox"/> 訪問介護 _____ 単位 <input type="checkbox"/> 訪問入浴 _____ 単位 <input type="checkbox"/> 訪問看護 _____ 単位 <input type="checkbox"/> 訪問リハ _____ 単位 <input type="checkbox"/> 通所介護 _____ 単位 <input type="checkbox"/> 通所リハ _____ 単位 <input type="checkbox"/> 短期入所生活介護 _____ 単位 <input type="checkbox"/> 短期入所療養介護 _____ 単位 <input type="checkbox"/> 夜間対応型訪問看護 _____ 単位 <input type="checkbox"/> 認知症対応型通所介護 _____ 単位 (上記単位合計) _____ 単位 ÷ 要介護1~5の区分支給限度基準額の平均 = _____ 割	
			包括単位	<input type="checkbox"/> 小規模多機能型居宅介護 <input type="checkbox"/> 複合型サービス <input type="checkbox"/> 定期巡回・随時対応型訪問介護看護 <input type="checkbox"/> 上記サービスの利用頻度 <input type="checkbox"/> 週5日以上 <input type="checkbox"/> 週3~4日 <input type="checkbox"/> 週2日以下	
	介護者1		フリガナ	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	
介護者2		フリガナ	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居		
主たる介護者の状況		<input type="checkbox"/> 疾病 <input type="checkbox"/> 複数介護 <input type="checkbox"/> 育児 <input type="checkbox"/> 就労			
他の介護協力の有無		<input type="checkbox"/> ほとんど無し <input type="checkbox"/> 随時あり <input type="checkbox"/> 常時あり			
特記事項	家族等の介護拒否	<input type="checkbox"/> 理由:			
	遠距離介護	<input type="checkbox"/> 理由:			
	長期にわたる介護	<input type="checkbox"/> 理由:			
	施設等からの退所	<input type="checkbox"/> 理由:			
	住環境問題	<input type="checkbox"/> 理由:			
	経済的理由による居宅サービス利用状況	<input type="checkbox"/> 理由:			
	経済的理由により入所先が限定	<input type="checkbox"/> 理由:			
	在宅における医療的処置	<input type="checkbox"/> 理由:			
	点数化できない認知症	<input type="checkbox"/> 理由:			
	知的障がい・精神障がい等	<input type="checkbox"/> 理由:			
居住地域の介護サービスが不十分	<input type="checkbox"/> 理由:				
介護負担が大きい	<input type="checkbox"/> 理由:				
その他	<input type="checkbox"/> 理由:				
備考					
調査担当者名			職 種	<input type="checkbox"/> 施設長 <input type="checkbox"/> 相談員 <input type="checkbox"/> ケアマネ <input type="checkbox"/> その他 ()	
受付担当者名			職 種	<input type="checkbox"/> 施設長 <input type="checkbox"/> 相談員 <input type="checkbox"/> ケアマネ <input type="checkbox"/> その他 ()	

住居種別

1. 自宅
2. 養護老人ホーム (特定施設入居者生活介護を除く。)
3. " (特定施設入居者生活介護 (外部サービス利用型を除く。))
4. " (外部サービス利用型特定施設入居者生活介護)
5. 軽費老人ホーム (特定施設入居者生活介護を除く。)
6. " (特定施設入居者生活介護 (外部サービス利用型を除く。))
7. " (外部サービス利用型特定施設入居者生活介護)
8. 有料老人ホーム (特定施設入居者生活介護を除く。)
9. " (特定施設入居者生活介護 (外部サービス利用型を除く。))
10. " (外部サービス利用型特定施設入居者生活介護)
11. サービス付き高齢者向け住宅 (特定施設入居者生活介護を除く。)
12. " (特定施設入居者生活介護 (外部サービス利用型を除く。))
13. " (外部サービス利用型特定施設入居者生活介護)
14. 特別養護老人ホーム
15. 介護老人保健施設
16. グループホーム
17. 病院
18. 有床診療所
19. 介護療養型医療施設
20. その他

市町村（保険者） 殿

特列入所申込受付報告書

施設名 _____

施設長名 _____ 印

担当者名 _____

電話番号 _____

次のとおり特列入所申込みを受け付けましたので、入所申込書の写しを添付の上、報告します。

申込者氏名						性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女			
生年月日	<input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和		年	月	日					
保険者番号						要介護度	<input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2			
被保険者番号										
申込内容	<input type="checkbox"/> 認知症であることにより、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"/> 知的障がい・精神障がい等を伴い、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。									
	(具体的状況及び施設の見解)									

入所申込みの「受付」についての意見を下記又は任意の様式により、年 月 日までにお知らせください。

市 町 村 (保 険 者) 意 見	次のとおり意見します。									

市町村（保険者） 殿

特例入所意見照会書

施設名 _____

施設長名 _____ 印

担当者名 _____

電話番号 _____

次のとおり入所検討委員会を開催しますので、特例入所対象者についての意見を下記又は任意の様式により、 年 月 日までにお知らせください。

入所検討委員会開催日時	年 月 日 時 分 より
-------------	--------------

○特例入所対象者の状況

1	氏 名		性別		生年月日	M・T・S	年	月	日	
	保険者番号		被保険者番号							
	要介護度	<input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2		入所申込日	年 月 日					
	入所申込者の状況 ※施設記入					市町村（保険者）意見				
	<input type="checkbox"/> 申込日(受付報告)から変化ありません。 <input type="checkbox"/> 申込日(受付報告)から変化があります。					次のとおり意見します。				
2	氏 名		性別		生年月日	M・T・S	年	月	日	
	保険者番号		被保険者番号							
	要介護度	<input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2		入所申込日	年 月 日					
	入所申込者の状況 ※施設記入					市町村（保険者）意見				
	<input type="checkbox"/> 申込日(受付報告)から変化ありません。 <input type="checkbox"/> 申込日(受付報告)から変化があります。					次のとおり意見します。				

年 月 日

市町村（保険者）長 印

評 価 票

申込年月日	年 月 日	受付番号							
〒			<input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和						
申込者氏名		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	生年月日	年 月 日 (歳)					
入 所 判 定 基 準		点 数							
		回 数	1回目	2回目	3回目	4回目	5回目	6回目	
		評価月	年 月	年 月	年 月	年 月	年 月	年 月	
評価者									
本人の状況	要介護度		点	点	点	点	点	点	
	認知症の行動・心理症状		点	点	点	点	点	点	
介護の必要性	①居宅サービス利用量		点	点	点	点	点	点	
	②施設・病院に入所・入院		点	点	点	点	点	点	
介護者等の状況	①単身世帯で介護者なし		点	点	点	点	点	点	
	②①以外								
	世帯の状況		点	点	点	点	点	点	
	主たる介護者の年齢		点	点	点	点	点	点	
	主たる介護者の状況		点	点	点	点	点	点	
特記事項	その他の介護支援		点	点	点	点	点	点	
	チエック項目	家族等による介護拒否		点	点	点	点	点	点
		遠距離介護		点	点	点	点	点	点
		長期にわたる介護		点	点	点	点	点	点
		施設等からの退所		点	点	点	点	点	点
		住環境問題		点	点	点	点	点	点
		経済的理由による居宅サービス利用状況		点	点	点	点	点	点
		経済的理由により入所先が限定		点	点	点	点	点	点
		在宅における医療的処置		点	点	点	点	点	点
		点数化できない認知症		点	点	点	点	点	点
		知的障がい・精神障がい等		点	点	点	点	点	点
		居住地域の介護サービスが不十分		点	点	点	点	点	点
		介護負担が大きい		点	点	点	点	点	点
その他		点	点	点	点	点	点		
特記事項 小計			点	点	点	点	点	点	
合 計			点	点	点	点	点	点	

備 考	1回目	
	2回目	
	3回目	
	4回目	
	5回目	
	6回目	

入所優先順位名簿

作成年月日	施設名	介護保険事業所番号
-------	-----	-----------

順位	氏名 (フリガナ)	被保険者番号	生年月日		性別		住所		認知症日常生活自立度 要介護度	現在の居住	入所申込時期 年(和暦)	1 本人の状況		2 介護サービス等の利用状況		3 介護者等の状況												4 特記事項										総合計	備考				
			年(西暦)	月	男	女	市区町村名	大字以下				①要介護度	②・認知症の症状	①居室状況	②施設などに 入所中	単身世帯で介護者なし	①世帯の状況	②主たる介護者	③障がいや疾病がある	④複数の介護を している	⑤未育児(6歳未満)をして いる	⑥就労している	⑦近隣の家族・ 支援者等の介 護拒否	⑧家族等による 介護拒否	⑨遠距離介護	⑩長期にわた る介護	⑪等からの退 所	⑫介護保険施 等の退	⑬住環境問題	⑭由経済上の理 による居宅サ ービス利用	⑮が経済的理由 により入所先	⑯在宅の医療 処置	⑰点数化でき ない認知症	⑱理由	⑲等 知的障 が が	⑳居住地域の サービス	㉑介 護 負 担 が			㉒その他	㉓理由	小計	
1																																									0	0	
2																																									0	0	
3																																									0	0	
4																																									0	0	
5																																									0	0	
6																																									0	0	
7																																									0	0	
8																																									0	0	
9																																									0	0	
10																																									0	0	
11																																									0	0	
12																																									0	0	
13																																									0	0	
14																																									0	0	
15																																									0	0	
16																																									0	0	
17																																									0	0	
18																																									0	0	
19																																									0	0	
20																																									0	0	
21																																									0	0	
22																																									0	0	
23																																									0	0	
24																																									0	0	
25																																									0	0	
26																																									0	0	
27																																									0	0	
28																																									0	0	
29																																									0	0	
30																																									0	0	
31																																									0	0	
32																																									0	0	
33																																									0	0	
34																																									0	0	
35																																									0	0	
36																																									0	0	
37																																									0	0	
38																																									0	0	
39																																									0	0	
40																																									0	0	
41																																									0	0	
42																																									0	0	
43																																									0	0	

※ 記入内容は、調査票(様式2)に基づくものとする。

市町村（保険者） 殿

入所継続意見照会書

施設名 _____
 施設長名 _____ 印
 担当者名 _____
 電話番号 _____

次のとおり平成27年4月1日以降に入所した要介護3から要介護5までの入所者が要介護1又は要介護2となりましたので、当該入所者の特例入所による入所の継続についての意見を下記又は任意の様式により、 年 月 日までにお知らせください。

入所者氏名						性別	□男 □女			
生年月日	□明治 □大正 □昭和		年 月 日							
保険者番号						要介護度	□要介護1 □要介護2			
被保険者番号										
入所者の状況	<input type="checkbox"/> 認知症であることにより、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"/> 知的障がい・精神障がい等を伴い、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。									
	(具体的状況及び施設の見解)									

市 町 村 (保 険 者) 意 見	次のとおり意見します。									