

入 所 申 込 書 (2 / 2)

介護認定	申請(更新・変更)中・済	被保険者番号	
要介護度	1・2・3・4・5	認定の有効期間	令和 年 月 日～令和 年 月 日
介護者の状況	(<input type="checkbox"/> 内は該当項目にチェック) 該当する番号1つに○	1. 身寄りがなく、介護する者がいない 2. 介護する者がいない (<input type="checkbox"/> 介護者が長期入院・入所 <input type="checkbox"/> 介護者が遠方に在住) 3. 介護する者はいるが、十分な介護力がない。 (介護者が <input type="checkbox"/> 要介護状態 <input type="checkbox"/> 病気療養中 <input type="checkbox"/> 障害がある) 4. 介護する者はいるが、介護にあたる時間を十分に確保できない。 (介護者が <input type="checkbox"/> 要支援状態・高齢 <input type="checkbox"/> 就労している <input type="checkbox"/> 他にも介護している <input type="checkbox"/> 育児している) 5. 介護する者はいるが、上記以外の理由で介護を行うことが困難である。 6. 1～5に該当しない(介護に欠ける状態ではない)。 ※ 上記を記入し、現在の家族状況、介護者の状況をご記入ください。	
入所者本人の状況	現該 (<input type="checkbox"/> 内は該当項目にチェック) 在当の住居番号及び介護サービスの利用状況	1. 施設 <input type="checkbox"/> 特養 (<input type="checkbox"/> 従来型 <input type="checkbox"/> ユニット型) <input type="checkbox"/> 老健 <input type="checkbox"/> 介護療養型 <input type="checkbox"/> 養護 <input type="checkbox"/> ケアハウス <input type="checkbox"/> 認知症高齢者グループホーム <input type="checkbox"/> 有料老人ホーム <input type="checkbox"/> 救護・更生施設 (保護施設) <input type="checkbox"/> 障害者入所施設 <input type="checkbox"/> 生活支援ハウス <input type="checkbox"/> その他 () 2. 病院 (病院名:) 入院: 令和 年 月 日より 退院予定: 令和 年 月 日頃 3. 在宅 <input type="checkbox"/> 訪問介護 (<input type="checkbox"/> 週4回以上 <input type="checkbox"/> 週2～3回 <input type="checkbox"/> 週1回) <input type="checkbox"/> 訪問入浴介護 (<input type="checkbox"/> 週1回以上) <input type="checkbox"/> 訪問看護 / 訪問リハビリテーション (<input type="checkbox"/> 週2回以上 <input type="checkbox"/> 週1回) <input type="checkbox"/> 定期巡回・随時対応型訪問介護看護 <input type="checkbox"/> 夜間対応型訪問介護 <input type="checkbox"/> 通所介護 / 通所リハビリテーション (<input type="checkbox"/> 週2回以上 <input type="checkbox"/> 週1回) <input type="checkbox"/> 認知症対応型通所介護 <input type="checkbox"/> 短期入所生活介護 / 療養介護 (最近3か月の利用日数合計 ____日) <input type="checkbox"/> 小規模多機能型居宅介護 <input type="checkbox"/> 複合型サービス	
特例入所要件の有無	有 (詳細は別紙「特例入所申込書」のとおり) ・ 無		
その他			