

申込日	年 月 日	受付日	年 月 日
-----	-------	-----	-------

入 所 申 込 書

特別養護老人ホーム まつはま園 施設長 様

申込者(連絡先)

住 所	〒
(フリガナ)氏 名	(入所希望者との続柄)
電話番号	

貴施設に入所したいので、次のとおり申し込みます。

入所希望者氏 名	(フリガナ)	性 別	男 ・ 女
		生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日 (歳)
現 住 所	〒		
	電話番号 ()		
介 護 保 険	被保険者番号		保険者名
	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 期 間	年 月 日 ~ 年 月 日	
健 康 保 険	(種別・記号番号)		
年 金 等	(種別)		
障 が い 者 手 帳 等	手帳の種類 _____ (障がい名:) 判 定 _____ 級(度) 年 月 日		
現 況	<input type="checkbox"/> 自宅(单身・同居) <input type="checkbox"/> 施設(病院)に入所(入院)中 名称 _____ (年 月 日~)		
医 療 の 状 況	<input type="checkbox"/> 経管栄養(経鼻・胃ろう・腸ろう) <input type="checkbox"/> カテーテル <input type="checkbox"/> ストマ(人口肛門) <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> インシュリン注射 <input type="checkbox"/> 透析 <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> その他()		
	現在治療中の病気		
	病 名	入院・通院医療機関名	期 間
			年 月 日~
			年 月 日~
		年 月 日~	
既往症			
病 名	入院・通院医療機関名	期 間	
		年 月 日~ 年 月 日	
		年 月 日~ 年 月 日	
		年 月 日~ 年 月 日	

入所希望者の意向	<p><希望施設> 希望される居室にチェックを入れてください。 <input type="checkbox"/> まつはま園 (<input type="checkbox"/> 多床室 <input type="checkbox"/> 個室 <input type="checkbox"/> どちらでもよい)</p> <hr/> <p>※他施設の入所申込み状況</p> <p><input type="checkbox"/> まつはま園にのみ申し込んでいる</p> <p><input type="checkbox"/> 他の施設にも申し込んでいる</p> <p>(他の施設名)</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>		
	担 当 介護支援専門員	氏 名	連絡先 電話 ()
	事業所名		

留 意 事 項	<p>本入所申込書に記載した事項に変更があった場合、あるいは他の特別養護老人ホーム等に入所した場合は、必ず当施設に連絡をしてください。</p>		
	【連絡先】	<p>特別養護老人ホーム まつはま園 電 話 0 2 5 (2 5 9) 8 5 3 3 ファックス 0 2 5 (2 5 9) 8 5 2 5 担 当 者 _____生活相談員_____</p>	

説明確認及び情報収集に係る同意	<p>私は、貴施設への入所申込みに際し、入所申込みから入所契約までの手続き及び入所順位の決定方法について施設から説明を受けました。</p> <p>なお、貴施設が入所順位決定のため必要な範囲内において、わたし（入所希望者及びその家族）に関する情報を、市町村、担当地域包括支援センター、居宅介護支援事業所、他の介護保険施設及び医療機関から収集すること、また、関係市町村に報告提供することに同意します。</p>		
	令和 年 月 日	入所希望者 _____ (印)	入所希望者の家族 _____ (印)

特例入所の要件・理由 (要介護1又は要介護2の方が入所を申込み場合に記入してください。)	<p>入所申込者が、居宅において日常生活を営むことが困難なやむを得ない事由</p> <p><input type="checkbox"/> 認知症である者であって、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</p> <p><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</p> <p><input type="checkbox"/> 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</p> <p><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</p> <p>上記要件の具体的な理由</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>		

(別紙1) 入所申込書

1 介護の必要の程度（認知症による不適応） ※該当するところに○をつけて下さい。

項目	毎日ある	週1～2回	月1～2回	その他
夜間不眠や昼夜が逆転している				
一人で外に出たがり目が離せない				
火の不始末や火の元の管理ができない				
ろう便行為等の不潔行為がある				
異食行為がある				

2 在宅サービスの利用度 ※該当するところに○をつけて下さい。

項目	頻度			項目	頻度		
	毎日	週何回	月何回		毎日	週何回	月何回
訪問介護				通所リハビリ			
通所介護				訪問リハビリ			
訪問看護				短期入所			
訪問入浴				福祉用具貸与			

3 主たる介護者・家族等の状況 ※該当するところを○で囲んで下さい。

項目	状況			特記事項
	困難	やや困難	いくらか困難	
①主たる介護者の年齢	70歳以上	60歳以上	60歳未満	
②介護者の障がい・疾病	介護は困難	多少は介護	介護は可能	
③介護者の就労	8時間以上 高齢で就労不能	4～8時間	4時間未満	
④介護者が育児・家族が病気	常時の育児看病	半日育児看病	臨時育児看病	
⑤他の同居介護補助者	ほとんどなし	随時あり	常時あり	
⑥別居血縁者の介護協力	ほとんどなし	随時あり	常時あり	

4 生活状況 ※該当するところを○で囲んで下さい。

ひとり暮らし	高齢者のみ（夫婦・兄弟姉妹）	施設入所
--------	----------------	------

(別紙2) 介護支援専門員意見書

入所申込者氏名： _____

1 本人の状況

要介護度	5	4	3	2～1
------	---	---	---	-----

認知症等による不適応行動	非常に多い	やや多い	少しあり	なし
--------------	-------	------	------	----

2 在宅サービスの利用度

在宅サービス利用限度額割合	60%以上	50%以上	30%以上	30%未満
---------------	-------	-------	-------	-------

3 主たる介護者・家族等の状況

①世帯の状況	独居世帯	高齢者のみの世帯	その他 ()
②主たる介護者の年齢・続柄	歳 (続柄：)		
③介護者の障がい・疾病	なし	あり () 介護は困難・多少は介護・介護は可能	
④介護者の就労	なし	あり (職種等 勤務 日/週、 時間/日)	
⑤介護者の育児・家族の病気	なし	あり ()	
⑥他の同居介護補助者	なし	あり (続柄： 日/週程度)	
⑦別居血縁者の介護協力	なし	あり (続柄： 日/週程度)	

作成者所属		担当者	印
-------	--	-----	---

【作成上の留意事項】

1 「認知症等による不適応行動」

認定調査における行動に関連する項目のうち

〔 「夜間不眠や昼夜が逆転している」・「1人で外に出たがり目が離せない」・「火の始末や火元の管理ができない」・「ろう便行為等の不潔行為がある」・「異食行為がある」 〕

に関する項目に「ある」又は「ときどきある」が1つ以上ある場合で

「非常に多い」…毎日ある場合/「やや多い」…週に1～2回以上ある場合

「少しあり」…月に1～2回程度ある場合 を目安として判断する。

2 在宅サービスの利用度

サービス利用票別表に基づく支給限度基準額に対するサービス利用額の割合をいう。

(サービス利用単位数/区分支給限度基準額単位数×100)

算定の期間については概ね3か月を標準とし、平均利用割合により判断する。

算定の対象となるサービスは、次のとおりとする。

訪問介護、訪問入浴介護、訪問看護、訪問リハビリテーション、通所介護、通所リハビリテーション、短期入所生活介護、短期入所療養介護、小規模多機能型居宅介護、福祉用具貸与等

3 「②介護者の障がい・疾病」

「介護は困難」…………… 介護者が障がいや疾病のため要介護者の排泄、入浴、移動、着替え、食事などのADL全般の援助が困難な場合

「多少は介護」…………… 介護者が障がいや疾病のため概ね2つ程度のADL援助ならばできる場合

「介護は可能」…………… 介護者に障がいや疾病はあるがADL全般の援助・介護が可能な場合
を目安として判断する。

※ 他の医療機関や入所施設等に現在入院(所)している申込者の評価基準算定は、原則として退院(所)後に予想される状況で判断する。

入所申込者評価基準

<参考>

1 介護の必要の程度（最高点44点）

評価項目		認知症による不適応行動			
		非常に多い	やや多い	少しあり	なし
要介護度	5	44点	42点	40点	37点
	4	40点	37点	34点	32点
	3	35点	32点	29点	26点
	2	31点	27点	24点	20点
	1	26点	22点	18点	15点

2 在宅サービスの利用度（最高点20点）

評価項目	20点	16点	12点	8点
在宅サービス利用限度額割合	60%以上	50%以上	30%以上	30%未満

3 主たる介護者・家族等の状況（最高点36点）

評価項目	6点	4点	2点	0点
①主たる介護者の年齢	70歳以上	60歳以上	60歳未満	—
②介護者の障がい・疾病	介護は困難	多少は介護	介護は可能	なし
③介護者の就労	8時間以上 高齢で就労不能	4～8時間	4時間未満	なし
④介護者が育児・家族が病気	常時の育児看病	半日育児看病	臨時育児看病	なし
⑤他の同居介護補助者	ほとんどなし	随時あり	常時あり	—
⑥別居血縁者の介護協力	ほとんどなし	随時あり	常時あり	—

※1 ひとり暮らしの高齢者は、上記にかかわらず①～⑤まで30点とする。

2 高齢者のみの世帯は、④について6点とする。

3 他の医療機関や入所施設等に現在入院(所)している申込者の評価基準は、原則として退院(所)後に予想される状況で判断する。なお、この場合における在宅サービス利用限度額割合の判断は、入院(所)前の状況や現在の申込者の心身の状況を勘案し、12点を限度に算定する。

記載例

申込日 R8年 7月 1日 受付日 年 月 日

入所申込書

特別養護老人ホーム まつはま園 施設長 様

申込者(連絡先)

住所	〒950-3112 新潟市北区太夫浜1747番地		
(フリガナ)氏名	マツハマ イチロウ 松浜 太郎	(入所希望者との続柄)	長男
電話番号	025-259-8533		

貴施設に入所したいので、次のとおり申し込みます。

入所希望者氏名	(フリガナ) マツハマ イチロウ	性別	<input checked="" type="radio"/> 男・女													
	松浜 一郎	生年月日	明治・大正・昭和13年 12月 5日 (91歳)													
現住所	〒950-3125 新潟市北区松浜本町4丁目1番20号 電話番号 025-258-6370															
介護保険	被保険者番号	0 0 0 0 1 2 3 4 5 6	保険者名	新潟市												
	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 checked="" type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5														
	認定期間	R7年 1月 1日 ~ R8年 12月 31日														
健康保険	(種別・記号番号) 国保 新潟 3-2-1															
年金等	(種別) 国民年金 厚生年金															
障がい者手帳等	手帳の種類 身体障害者手帳 (障がい名: 上下肢不自由) 判定 1 級(度) H20年 10月 10日															
現況	<input checked="" type="checkbox"/> 自宅(単身 <input checked="" type="radio"/> 同居) <input type="checkbox"/> 施設(病院)に入所(入院)中 名称 (年 月 日~)															
医療の状況	<input checked="" type="checkbox"/> 経管栄養(経鼻・ <input checked="" type="radio"/> 胃ろう) <input type="checkbox"/> カテーテル <input type="checkbox"/> ストマ(人口肛門) <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> インシュリン注射 <input type="checkbox"/> 透析 <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> その他()															
	現在治療中の病気															
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>病名</th> <th>入院・通院医療機関名</th> <th>期間</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>高血圧</td> <td>松浜クリニック</td> <td>H12年 10月 日~</td> </tr> <tr> <td>糖尿病</td> <td>松浜クリニック</td> <td>H30年 5月 日~</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>年 月 日~</td> </tr> </tbody> </table>				病名	入院・通院医療機関名	期間	高血圧	松浜クリニック	H12年 10月 日~	糖尿病	松浜クリニック	H30年 5月 日~			年 月 日~
	病名	入院・通院医療機関名	期間													
高血圧	松浜クリニック	H12年 10月 日~														
糖尿病	松浜クリニック	H30年 5月 日~														
		年 月 日~														
既往症																
<table border="1"> <thead> <tr> <th>病名</th> <th>入院・通院医療機関名</th> <th>期間</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>脳梗塞</td> <td>太夫浜病院</td> <td>R2年 10月 日~ 年 月 日</td> </tr> <tr> <td>高血圧</td> <td>太夫浜病院</td> <td>R2年 10月 日~ 年 月 日</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>年 月 日~ 年 月 日</td> </tr> </tbody> </table>				病名	入院・通院医療機関名	期間	脳梗塞	太夫浜病院	R2年 10月 日~ 年 月 日	高血圧	太夫浜病院	R2年 10月 日~ 年 月 日			年 月 日~ 年 月 日	
病名	入院・通院医療機関名	期間														
脳梗塞	太夫浜病院	R2年 10月 日~ 年 月 日														
高血圧	太夫浜病院	R2年 10月 日~ 年 月 日														
		年 月 日~ 年 月 日														

入所希望者の意向	<p><希望施設> 希望される居室にチェックを入れてください。 <input checked="" type="checkbox"/> まつはま園 (<input checked="" type="checkbox"/> 多床室 <input type="checkbox"/> 個室 <input type="checkbox"/> どちらでもよい)</p> <hr/> <p>※他施設の入所申込み状況</p> <p><input type="checkbox"/> まつはま園にのみ申し込んでいる</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> 他の施設にも申し込んでいる</p> <p>(他の施設名)</p> <p style="text-align: center;">_____ 特別養護老人ホーム 新潟松浜苑 _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>				
	担 当 介護支援専門員	氏 名	阿賀野花子	連絡先	電話 025 (259) 8533
	事業所名	居宅介護支援事業所 まつはま園			

留 意 事 項	<p>本入所申込書に記載した事項に変更があった場合、あるいは他の特別養護老人ホーム等に入所した場合は、必ず当施設に連絡をしてください。</p>	
	【連絡先】	<p>特別養護老人ホーム まつはま園 電 話 025 (259) 8533 ファックス 025 (259) 8525 担 当 者 _____ 生活相談員 _____</p>

説明確認及び情報収集に係る同意	<p>私は、貴施設への入所申込みに際し、入所申込みから入所契約までの手続き及び入所順位の決定方法について施設から説明を受けました。 なお、貴施設が入所順位決定のため必要な範囲内において、わたし（入所希望者及びその家族）に関する情報を、市町村、担当地域包括支援センター、居宅介護支援事業所、他の介護保険施設及び医療機関から収集すること、また、関係市町村に報告提供することに同意します。</p>	
	<p>令和 8年 8月 1日</p>	<p>入所希望者 <u>松 浜 一 郎</u> (松浜 印)</p> <p>入所希望者の家族 <u>松 浜 太 郎</u> (松浜 印)</p>

特例入所の要件・理由 (要介護1又は要介護2の方が入所を申込み場合に記入してください。)	<p>入所申込者が、居宅において日常生活を営むことが困難なやむを得ない事由</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 認知症である者であって、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 <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こと等により、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 	
	上記要件の具体的な理由	<p>～要介護1または要介護2の方の場合～</p> <p>同居家族も高齢で持病があり、入退院を繰り返している。別居の血縁者も県外在住で協力は得られない状況です。認知症のため、火の不始末や徘徊が日常的にあり目が離せない状態で、つじつまの合わない話や理解力も低く、すぐに怒ったり、時には叩くこともあって介護ができない時も多いです。トイレの失敗も多く、着替えを嫌がり、ダンスの中に汚れた衣類を隠していることもあります。週1回のデイサービスでの入浴で、何とか清潔を保っている状態です。</p>