

入 居 申 込 書

申込年月日		令和 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 年 月 日 (歳)		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		
	氏名									
	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			施設等名【 】					
家 族 ・ 申 込 者	フリガナ				続柄					
	氏名				続柄					
	住所	〒(-)			連絡先	()				
	その他連絡先	フリガナ				続柄				
	氏名				続柄					
	フリガナ				続柄					
	氏名				続柄					
支 援 事 業 者	事業所名				フリガナ					
					担当者名					
	連絡先	()			備考					
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"/> 令和 年 月頃入所したい									

【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き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原則、要介護3以上が入所要件であり、特段の事情が無い限り要介護1、2では申込できないこと。 (裏面)

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、この申込書の内容及び調査票の内容を相互に提供すること。

令和 年 月 日

氏名

印(続柄)

※「要介護1」又は「要介護2」の方は、裏面の「特例入所に関する要件」を確認して下さい。

【特例入所に関する要件】

入所申込が、「要介護1」または「要介護2」の場合、以下のいずれか項目に該当することが入所申込みの条件となります。該当する項目にチェックしてください。

- 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こと。
- 知的障害・精神障害等を伴い、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こと。
- 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こと。
- 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こと。

【施設記入欄】

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						