

※施設記入欄

初回申込日	年 月 日
-------	-------

1 入居申込者の状況

(フリガナ) 氏 名		性 別	生 年 月 日
		男・女	明・大・昭 年 月 日 (歳)
住 所	〒 () Tel		
介護保険	保険者名	市(区) 町・村	被保険者番号
要介護度	申請中 / 要介護 1・2・3・4・5	認定期間	年 月 日～ 年 月 日
入所を希望 する時期	1. すぐにでも入居したい 2. 6か月以内には入居したい 3. 将来的には入居をしたい		
認 知 症 の 状 況	有 ・ 無	認知症日常生活自立度	自立 I IIa IIb IIIa IIIb IV M
		※上記は担当ケアマネージャーにご確認願います	
認知症の具体的症状			
知的障害、精神障害等の状況	*手帳交付の有無、障害の等級等を記載してください。		
居 宅 サ ー ビ ス の 利 用 状 況	*利用サービス、利用頻度、利用期間を記載してください。		
現在の状況	1. 自宅で生活 2. 介護保険施設等(住宅型有料老人ホーム、サービス付高齢者向け住宅、病院等を含む)に入所 退所予定の有無 有 ・ 無 (有の場合は、退所予定時期)		

家族、身元引受人等の連絡先 *介護者欄には、主たる介護者に◎、介護協力者に○を記載してください。

(フリガナ) 氏 名		続 柄	介護者
住 所	〒 () Tel		
(フリガナ) 氏 名		続 柄	介護者
住 所	〒 () Tel		
(フリガナ) 氏 名		続 柄	介護者
住 所	〒 () Tel		

(裏面も記入してください。)

(裏 面)

2 介護者等の状況（現在、自宅で生活の場合及び現在は入所中だが、施設から在宅に戻った場合の状況を記載）

主たる介護者等の状況で、該当する項目1つに○をつけて、必要事項を記入してください	1. ひとり暮らしで、介護者がいない
	2. 介護者が要介護状態、病気療養中又は障害を有することにより、介護が困難 〔 要介護状態区分:() 病気療養中:(病名等) 障害の等級等:() 〕 介護が困難な状況 :
	3. 介護者が要支援状態又は高齢者であることにより、介護が困難 〔 要支援状態区分:(1 ・ 2 ・ 事業対象者) 年齢:(歳) 〕 介護が困難な状況 :
	4. ひとり暮らしで、介護者がいるが、日常的に介護を受けることが困難 〔 介護が困難な状況 : 〕
	5. 複数人を介護しているため、介護が困難 〔 申込者以外の介護の状況 : 〕
	6. 介護者が就労をしているため、介護が困難 〔 就労の状況 (週 回) (1日当たり 時間) (夜勤:有・無) 〕
	7. 介護者が育児をしているため、介護が困難 〔 育児の状況 (育児の対象 歳児) (育児の頻度: 常時 半日程度 臨時的) 〕
	8. 上記以外の状態で介護が困難 〔 介護が困難な状況 : 〕

3 施設入所の状況（該当する施設に入所している場合に記載）

該当する項目1つに○をつけてください	1. 養護老人ホーム、軽費老人ホーム、 住宅型有料老人ホーム、サービス付き 高齢者向け住宅、法令で定めるその他の 福祉施設（介護付きの施設は2へ） (施設名)
	2. 特別養護老人ホーム、介護老人保健施設、 介護療養型医療施設、グループホーム、 1のうち介護付きの施設、病院 (施設名)

4 介護保険負担限度額認定証について

1. 負担限度額認定証	有 ・ 無
2. 利用者負担段階	第1段階 ・ 第2段階 ・ 第3段階(1) ・ 第3段階(2)

5 その他事項（家族の状況、経済的な事情等、特に介護において困っていることがあれば記載してください）

--

担当ケアマネジャー	氏 名	事業所名
主 治 医	氏 名	病院名

* 入居申込後に本人及び介護者の状況に変化が生じた場合は、必ず御連絡ください。