A面

特別養護老人ホーム 入所申込書（兼同意書）

令和7年10月改訂版

新規申込日：	年　月　日
変 更 日：	年　月　日

※2回以上変更する場合は、変更日を二重線で訂正してください。

センター管理番号								

※入所希望者本人の心身の状況を把握している方が太線内を正確にご記入ください。
ご不明な場合はケアマネジャーなどにご相談ください。**事実と相違する場合は優先順位が変更されます。**

（連絡窓口）申込者			連絡先	
フリガナ		続柄	携帯電話	（　　）
氏名			※携帯以外の電話をご希望の方は下記にご記入ください	
〒住所	―		FAX	（　　）
			TEL	（　　）

※連絡がつかない場合は、入所の順番が遅くなる可能性があります。必ず連絡がつく番号をご記入ください。
※「施設のコンシェルジュ」から入所申込後の状況の確認や各種サービスのご案内をさせて頂く場合があります。

介護支援専門員				
フリガナ		事業所		
氏名				
連絡先	TEL	（　　）	FAX	（　　）

※入所希望者の状況をより正確に把握する為に記入をお願いしています。状況について問い合わせる場合があります。
記載しないことで不利益を受けることはありません。

入所希望者本人・家族の状況

（イ）3の場合のみ該当する理由を□内に記入

該当する番号を□内に記入

（ア）入所希望者本人の状況→下記の該当する番号1つを□に記入

1　独居
2　高齢者（65歳以上）のみの世帯
3　同居家族がいる
4　他施設入所中（「現在の状況及び介護サービスの利用状況」で「施設」を選択した方）

※家族とは、配偶者（同等の関係にある者）、一親等（父母、子、子の配偶者）二親等（祖父母、孫、兄弟姉妹、孫の配偶者、本人の兄弟姉妹の配偶者）とします。

番号　理由
※3の理由のみ複数選択可

（イ）主たる介護者である家族の状況→下記の該当する番号1つを□に記入

1　主たる介護者である家族がいない（音信不通を含む）
2　主たる介護者である家族が入院・入所・県外
3　主たる介護者である家族はいるが以下の理由で介護できない
（A要介護　B要支援　C高齢　D療養　E障害　F育児　G就労　H他介護　I介護放棄）
4　主たる介護者である家族はいるが、上記以外の理由で介護が困難である

（ウ）主たる介護者の勤務状況（該当する方のみ□に1と記入）

1　主たる介護者が、高齢者施設・介護事業所に勤務している

※上記を記入した上で、現在の本人、家族の状況を具体的にご記入ください。

※添付書類では受付できませんので、ご記入ください。

入所希望施設名（希望順位はつけられません）

入所希望施設を記入してください。
※入所希望意思のある施設のみ記入してください。　予備的な申し込みはできません。

・
・
・
・
・
・

従来型希望の方はいずれかを記入
（A多床室・個室どちらでもよい
B多床室のみ希望
C個室のみ希望）

施設名は『申込みのご案内』の「市内特養一覧」を参照し、正確にお書きください。

入所希望者本人の情報

※要介護1又は2の方のみご回答ください。（いずれにも該当しない場合は、お申込みできません。）

特例入所要件

右の□内に該当するアルファベットを記入
※複数選択可

A　認知症があって、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。
B　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。
C　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・安心の確保が困難な状態である。
D　単身世帯又は同居家族が高齢・病弱である若しくは育児・就労等により、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。
E　上記以外の理由により、在宅で生活することが著しく困難である。

介護保険被保険者証	介護保険者番号	要介護度		
	被保険者番号	認定有効期間	年　月　日	
フリガナ			～　年　月　日	
氏名		性別	生年月日	（和暦）　年　月　日
〒住所	-			

現在の状況及び介護サービスの利用状況

1、3の場合は該当する番号を記入（1つのみ）右の□内に

番号　項目
※在宅サービスは複数選択可

番号	項目
1 施設	A　特養（従来型）　B　特養（ユニット型）　C　老健　D　介護医療院 E　養護　F　軽費・ケアハウス　G　認知症対応型グループホーム H　有料老人ホーム　I　救護・更生施設（保護施設）　J　障害者入所施設 K　その他（　　） ⇒入所・入居中の施設名【　　】　:TEL
2 病院	L　病院 ⇒入院治療中の病院名【　　】　:TEL
3 在宅サービス	M　訪問介護（週　回）（ホームヘルプ）　N　訪問入浴（週　回） O　訪問看護／訪問リハビリテーション（週　回） P　通所介護／通所リハビリテーション（週　回）（デイサービス／デイケア） Q　短期入所生活介護／療養介護（ショートステイ）（3か月の利用日数合計　日）⇒前月・今月・来月（予定）分 R　夜間対応型訪問介護（夜間対応型ホームヘルプ）　S　認知症対応型通所介護（認知症対応型デイサービス） T（看護）小規模多機能型居宅介護　U　サービス利用なし V　その他（　　）

その他の状況

右の□内に該当するアルファベットを記入
※複数選択可

利用中の施設（ショートステイ等の在宅サービスを含む）・病院等から退所(退院)するよう促されている。
（A　入院入所が長期となっているため　B　心身状況の変化
C　経済的な理由　D　治療の必要がない）

E　入所希望者本人が施設（ショートステイ等の在宅サービスを含む）や病院等に入所(入院)中で退所(退院)後も在宅生活は困難である。

住居が介護に適さない。
（F 狭小　G 環境劣悪　H 構造上介護に支障　I 立ち退き・住居が無い）

センター記入欄	