

(記載例) ※1枚目

○新規:初めて申込み。  
○変更:申込中の状況変更。  
○更新:介護保険被保険者証が更新されたとき。  
(※介護認定が更新され

特別養護老人ホーム入所申込書

[ 新規 変更・更新 ]

保険料納付先の市町村

現在医療を受けている場合、□に、しをつけてください。

現在生活している場所の□に、しをつけてください。施設(老健・病院等)に入っておられる方は、必ず施設名を書いてください。

自宅での、世帯等形態に、しをつけてください。住民票が別でも同居者がいる場合、その状況でつけてください。

自宅での、近隣の家族の有無について、しをつけてください。

自宅での、同居家族や、近隣の家族の状況を、書いてください。

次ページの主たる介護者から、同時に介護・看護・育児を受けている方を書いてください。

ご家族と近隣のご家族の家系図(ジェノグラム)を書いてください。

申込日	令和 元年 5 月 7 日		保険者名 (市町村名)	〇〇 市町村					
「入所に関する連絡先」 申込者	ふりがな	かいご いちろう		性別	入所希望者との関係				
	氏名	介護 一郎		<input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 配偶者 <input checked="" type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> 子の配偶者 <input type="checkbox"/> 兄弟姉妹 <input type="checkbox"/> その他 ( )				
	住所	〒 〇〇〇-〇〇〇〇 〇〇〇〇〇〇〇〇〇 〇〇-〇		自宅電話	( 〇〇 ) 〇〇〇〇				
		昼間の連絡先: <input type="checkbox"/> 自宅 <input checked="" type="checkbox"/> 携帯 <input type="checkbox"/> 会社等「		電話番号	( )				
入所希望者の状況	ふりがな	かいご はなこ		性別	被保険者番号				
	氏名	介護 花子		<input type="checkbox"/> 男 <input checked="" type="checkbox"/> 女	0 0 0 1 2 3 4 5 6 7				
	住所	〒 〇〇〇-〇〇〇〇 〇〇〇〇〇〇〇〇〇 〇〇-〇		年齢	介護度	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input checked="" type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5			
	生年月日	□明治 □大正 <input checked="" type="checkbox"/> 昭和 17 年 3 月 4 日		77 歳	認定期間	平成 30 年 9 月 1 日 から 32 年 8 月 31 日まで			
	医療の状況	<input type="checkbox"/> 経管栄養 ( <input type="checkbox"/> 経鼻 <input type="checkbox"/> 胃瘻 <input type="checkbox"/> 腸瘻 ) <input type="checkbox"/> カテーテル <input type="checkbox"/> ストーマ <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> 透析 <input checked="" type="checkbox"/> インシュリン <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> その他 ( ) [現在治療中の病名] ( 〇〇〇〇〇〇〇〇 )							
現在の生活場所	<input type="checkbox"/> 在宅で生活 <input checked="" type="checkbox"/> 老健・療養型、又は1年以上病院に入院 <input type="checkbox"/> 特定施設(有料老人ホーム等)・グループホーム <input type="checkbox"/> 特別養護老人ホーム 各施設名又は病院名 ( 〇〇〇〇〇〇 ) 入所・入院時期 31 年 11 月から								
家族、親族等の状況	世帯等の形態	<input type="checkbox"/> 自宅では一人で暮らしている <input type="checkbox"/> 自宅では高齢者のみで暮らしている <input checked="" type="checkbox"/> 自宅では高齢者以外を含む家族と暮らしている							
	近隣家族の有無	<input type="checkbox"/> 近隣に家族はいない。 <input checked="" type="checkbox"/> 近隣に家族がいる。 <input type="checkbox"/> 敷地内、隣、道路向いに家族がいる。 ※「家族」:2親等 ※「近隣」:概ね車で30分以内							
	同居家族及び近隣家族の状況	氏名	住所	続柄	年齢	同居・別居	要介護	障害	複数介護
		介護 太郎	〇〇〇〇〇 〇-〇	夫	78	<input checked="" type="checkbox"/> 同居・ <input type="checkbox"/> 別居	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		〃 一郎	〃	長男	51	<input checked="" type="checkbox"/> 同居・ <input type="checkbox"/> 別居	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		〃 二子	〃	長男の妻	50	<input checked="" type="checkbox"/> 同居・ <input type="checkbox"/> 別居	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
		〃 三郎	〃	孫	20	<input checked="" type="checkbox"/> 同居・ <input type="checkbox"/> 別居	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
特養 四郎	〇〇〇〇〇 〇-〇	長女の夫	48	<input type="checkbox"/> 同居・ <input checked="" type="checkbox"/> 別居	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
〃 五子	〃	長女	47	<input type="checkbox"/> 同居・ <input checked="" type="checkbox"/> 別居	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
ジェノグラム(家系図)	※「要介護」:要介護1以上 ※「障害」:身障手帳3級以上、療育手帳A、精神福祉手帳1級 ※「複数介護」:複数人の家族を介護、看護、又は未就学児の育児中。 介護・看護・育児を受けている方の氏名 ( 介護 花子 ) ( 介護 太郎 ) ( 介護 三郎 ) 男性□、女性○ 亡くなっている場合■・● 同居者は線で囲む 例:本人90歳女性、夫死亡、子供3人								
同意書	私及び家族は、特別養護老人ホームの入所にあたり、入所調整検討委員会及び各施設に対し、要介護認定にかかわる調査内容・判定結果及び主治医意見書を提出することに同意します。また必要に応じて診断書等を施設に提出します。 令和 元年 5 月 7 日								
	本人、又は家族の代表	氏名	住所	印	入所希望者との関係				
		介護 一郎	〇〇〇〇〇〇〇〇〇 〇〇番地〇		長男				

介護保険被保険者証を見て書いてください。

該当する項目の□に、しをつけてください。

内容を読んでから、本人、又は家族の代表者が記入、押印してください。

