

(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たとき)

介護保険証の発行市町村

特別養護老人ホーム入所申込書

[新規 ・ 変更 ・ 更新]

申込日	令和 7 年 10 月 22 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"/> 甥姪 <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 〇〇-〇		自宅電話 (〇〇) 〇〇〇〇 携帯電話〇〇〇 (〇〇〇〇) 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 〇〇-〇		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	<input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 <input checked="" type="checkbox"/> 昭和 12 年 3 月 4 日		認定期間	令和 7 年 9 月 1 日 から 令和 8 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 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〕 ()							
	現在の生活場所	<input type="checkbox"/> 在宅で生活 <input checked="" type="checkbox"/> 老健、療養型、介護医療院、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 5 年 2 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	88	<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	64	<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	57	<input checked="" type="checkbox"/> 同居・ <input type="checkbox"/> 別居	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
		〃 三郎	〃	孫	30	<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	63	<input type="checkbox"/> 同居・ <input checked="" type="checkbox"/> 別居	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
〃 五子	〃	長女	62	<input type="checkbox"/> 同居・ <input checked="" type="checkbox"/> 別居	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
※「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 <input type="checkbox"/> 、女性 <input type="checkbox"/> 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	ジェノグラム (家系図)								
	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に対し、要介護認定に係る調査内容・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。 令和 7 年 10 月 15 日								
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。	本人、又は家族の代表者	氏名	介護 一郎		入所希望者との関係	長男			
		住所	〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇 〇〇番地〇						

現在医療を受けている場合、☐に、レをつけてください。

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

自宅での、世帯等形態に、レをつけてください。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、レをつけてください。

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。

内容を読んでから、本人、又は家族の代表者が記入してください。

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、レをつけてください。

主たる介護者が
要介護認定を受
けている場合、□
に、レをつけてくだ

申込みをする施設の口に、レをつけてください。

ケアマネージャー等に記入を依頼してください。

記入しないでください。
この欄以外を漏れなく記入し、市町村の窓口等へ提出してください。

【市町村記入欄】

要介護度	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	要介護3以上が継続している場合の最初の開始日	年	月	日			
障害高齢者自立度	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> J	<input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> B	<input type="checkbox"/> C	認知症高齢者自立度	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> I	<input type="checkbox"/> II	<input type="checkbox"/> III	<input type="checkbox"/> IV	<input type="checkbox"/> M

【広域連合記入欄】

受付No.		受付年月日	令和	年	月	日	判定年月日	令和	年	月	日	個別評価項目基準点	判定結果
要介護度	自立度	障害補正	待機場所	世帯状況	近隣状況	子供有	認定期間	合計点					
点	点	点	点	点	点	点	点	点	点				