様式1

大阪市　指定介護老人福祉施設〔特別養護老人ホーム〕等入所申込書兼台帳

表

＊今後、郵送物などはこの連絡先にお送りさせていただきます。

申込者連絡先（家族等代理の方の場合）			
	氏名：	続柄	
	〒　　－		
	住所：		
	電話：		

申込日	年　月　日		
受付日	年　月　日		
受付番号		担当者名	
法人名			
施設名			
保険者への報告	不要　・　要 報告日：　年　月　日		

指定介護老人福祉施設〔特別養護老人ホーム〕等に入所したいので、次のとおり申し込みます。

本人の状況

（フリガナ）		性別	保険者（番号）
氏名		男・女	被保険者番号
生年月日	明・大・昭　年　月　日　（　歳）	要介護認定期間	年　月　日から 年　月　日まで ※未申請の方は記入してください 年　月　日

要介護度

1・2・3・4・5

要介護1又は2の方が入所するためには、下記のいずれかに該当することが必要です。
ご自身の判断で該当すると思われる項目に印をつけてください。

- ☐ 認知症があり、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。
- ☐ 知的障がい・精神障がい等を伴い、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が頻繁に見られる。
- ☐ 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。
- ☐ 単身世帯である、同居家族が高齢又は病弱である、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。

障がいの程度

- ☐ 療育手帳あり　（ ☐A1　☐A2　☐B1　☐B2 ）
- ☐ 精神障がい者保健福祉手帳あり　（ ☐1級　☐2級　☐3級 ）

自宅住所	〒　　－	電話番号	市外局番 （　）

現況

☐ 自宅で一人暮らし ☐ 高齢者のみの世帯 ☐ 自宅で家族と暮らしている ☐ 他の施設や病院に入っている

「特養などの施設や病院に入っている方」は記入してください。

◇ 施設名又は病院名：＿＿＿＿＿＿＿＿　◇ 所在地（市区名のみ）＿＿＿＿＿＿

◇ 入所又は入院期間：　年　月から入所・入院している

入所を希望する理由（該当するものすべてを選んでください。）

- ☐ 介護する者がいないため。
- ☐ 介護する者が「高齢」、「障がい」、「疾病」等により十分な介護が困難なため。
- ☐ 介護する者が育児をしていることから、十分な介護が困難なため。
- ☐ 介護する者が就労していることから、（昼間独居となり常時の）十分な介護が困難なため。
- ☐ 介護する者の身体的・精神的負担が大きく十分な介護が困難なため。
- ☐ 介護する者が遠方で距離的に負担が大きく十分な介護が困難なため。
- ☐ 居住環境の事情により十分な介護が困難なため。
- ☐ 施設や病院等から退所を求められているが、自宅での介護が困難なため。
- ☐ 介護保険の居宅サービス給付の区分支給額を超えており、経済的負担が大きいため
- ☐ その他（　　）

本人の入所意向

- ☐ 入所を希望している ☐ 迷っている ☐ 拒否してる ☐ 知らせていない
- ☐ 認知力低下により理解困難

在宅介護継続期間	年　か月	居宅サービスの利用の有無	☐ 有（下記「申込日前月に利用中のサービス」についても記入してください） ☐ 無

申込日前月に利用中のサービス（　月分）

訪問介護	回／月	訪問入浴	回／月	訪問看護	回／月
訪問リハ	回／月	居宅療養管理指導	回／月	通所介護	回／月
通所リハ	回／月	福祉用具貸与	品目	短期入所生活介護	日／月
短期入所療養介護	日／月				

入所希望時期

☐ 早期希望（1～3か月以内） ☐ 6か月以内 ☐ 1年以内 ☐ 1年以上（　）年以内

利用している居宅介護支援事業者名	電話：　（　）	担当ケアマネジャー氏名	

裏

本人の状況	医療の状況	☐ 経管栄養 ☐ 胃ろう ☐ 酸素療法 ☐ インシュリン自己注射 ☐ ストーマ(人工肛門)処置 ☐ カテーテル ☐ 中心静脈栄養 ☐ その他(　　) 現在治療中の病名＿＿＿＿＿＿＿＿ 受診している医療機関名＿＿＿＿＿＿＿＿ 【特記事項】
	他施設への申込状況	☐ 当該施設のみ申し込む。　☐ 他の施設も申し込んでいる、又は今後他の施設も申し込む予定。 ◇ 既に申し込んでいる他の施設名 (　　) (　　) (　　) ◇ 今後申し込む予定の他の施設名 (　　) (　　) (　　) ◇ 特養待機期間(他施設も含む)　　年　　か月

主たる介護者の状況	家族構成	☐ 親　☐ 配偶者　☐ 子　☐ 孫　☐ その他(　　)計　　人				
	(フリガナ)		性別	年齢	本人との関係	続柄(　　) ☐ 同居 ☐ 別居
	主たる介護者氏名		男・女	満　歳		住所 電話番号　市外局番 (　　)
	意見等(介護しているうえで困っていることなど)	(注:身体的状況(健康状態)や仕事の有無(週の勤務日数及び時間)などを記入してください)				
	同居以外の親族や援助者の有無	☐ 子　☐ 兄弟・親戚等　☐ 親族はいないが援助者有　☐ 親族・援助者無				

同意書

入所の申込に当たり、その手続きについて説明を受けました。
また、介護保険サービス事業に関する次の事項について同意します。

・本施設が介護保険者(市区町村)に対し、本申込書の内容及び施設入所選考に必要な情報を提供すること。

・介護保険者(市区町村)が施設入所選考に係る意見を述べるにあたり、関係する機関又は団体から必要な情報を取得すること。

・介護保険者(市区町村)が介護保険サービスの提供に際して、必要な情報を関係する機関又は団体及び介護サービス事業者(本施設を含む)に提供すること。

・介護保険者(市区町村)が本施設に対し、本申込書の内容のうち、住所、要介護度、介護保険被保険者資格について変更があった場合、その他、入所選考に係る情報を提供すること。

年　月　日　　入所希望者　　氏名:＿＿＿＿＿＿

家族等代理の方　　氏名:＿＿＿＿＿＿

主たる介護者の方　　氏名:＿＿＿＿＿＿

注1「認定調査票(基本調査)」・「介護保険被保険者証」・「直近3か月分のサービス利用票及び別表」の写しを添付してください。

注2 介護度などの要件や他施設へ入所されるなどの状況に変化があった場合は、すぐに施設へお知らせください。

注3 必要に応じて申込後の状況について、施設から確認や連絡をすることがあります。

注4 入所希望時期については、入所決定に際して、なんら影響を与えるものではありませんので、ありのままご記入ください。

様式2

大阪市指定介護老人福祉施設〔特別養護老人ホーム〕等入所選考調査票 (表)

入所申込者(本人)氏名		被保険者番号	
受付番号		保険者(番号)	

ケアマネジャー記入欄

居宅介護支援事業者等名称		連絡先電話番号	( )
担当ケアマネジャー等氏名		職　種	

年　月　日〈記入日〉

要介護度	世帯の状況	在宅サービスの利用率	地域性	合計
1・2・3・4・5	☐ 単身世帯 ☐ 高齢者のみで介護者が要支援以上の世帯 ☐ 介護者はいるが高齢、病弱、育児、就労等により介護ができない世帯 ☐ その他の世帯	% ☐ 未利用 ☐ 入院・入所中	☐ 大阪市内 ☐ 隣接市	
	点	点	点	点

意見欄

本人の心身の状況	認知症の状況 ☐ 無　☐ 有 ☐ 常時の介護や見守りが必要である ☐ 認知症を原因とする昼夜逆転・徘徊等の問題行動があり、介護者の日常生活に支障がある ☐ 寝たきりにより食事・排せつ・入浴等日常生活全般を通じ介護が必要である ☐ 多少の一部介助や見守りを必要とする ☐ ほとんど自立による日常生活が可能である ☐ その他 ( )
世帯の状況	☐ 介護者が全くいない ☐ 介護者はいるが他に介護や育児が必要な者がいる ☐ 介護者はいるが十分な介護が困難(高齢・障がい・疾病・育児・就労・その他:) ☐ 介護者が遠隔地にいる ☐ 介護者が近隣にいる ☐ 同居の介護者がいる(人) ☐ その他 ( )
在宅生活継続の可能性	☐ 極めて困難 ☐ 在宅サービスを利用しても在宅生活に支障がある ☐ 検討の余地あり ☐ 在宅サービスの利用により在宅生活の継続が期待できる ☐ その他 ( )
在宅生活に支障のある状況	☐ 近くに在宅サービス事業者がなくその利用が困難 ☐ 十分なケア(ナイトケア等)が受けられない ☐ 病院等の入所者で帰る家がない ☐ 介護保険の利用限度額を超えて在宅サービスを自費負担しているなど経済的理由 ☐ その他 ( )
住環境	☐ 居住環境の事情により十分な介護が困難(住居が狭いなど) ☐ 在宅サービスの利用に必要な住環境に支障がある ☐ 施設や病院から退所を求められている ☐ その他 ( )
参考事項 家族の負担感	☐ 介護疲れがひどい　☐ 在宅サービスを利用しているが介護疲れがある ☐ 在宅サービスの利用にて順調　☐ 在宅サービスの利用はないが順調　☐ 殆ど関わっていない
参考事項 意思疎通	☐ 慣れた人でも意思疎通は困難　☐ 家族など慣れた人なら問題ない　☐ 特に問題ない
参考事項 入所についての本人の意思	☐ 強く拒否している　☐ 拒否傾向　☐ 意思疎通が困難 ☐ 希望はしていないが同意している　☐ 同意している　☐ 強く望んでいる
特記事項	要介護１・２は特例入所要件の情報も記載してください。

裏

施設名		入所申込書受付日		年　月　日
施設受付番号		入所日		年　月　日
保険者への報告（特例入所）	年　月　日	保険者への意見	特例要件	年　月　日
			要介護度等	年　月　日

施設記入欄	年月日＜記入日＞		
		医療の必要性	
		同居以外の親族や援護者の有無	
		在宅介護の可能性・介護者の事情	
		家族の介護負担感	
		住環境の状況	
		その他	

施設記入欄	年月日＜記入日＞	要介護度	介護者の有無	在宅サービスの利用率	地域性	合計
		1・2・3・4・5	□ 単身世帯 □ 高齢者のみで介護者が要支援以上の世帯 □ 介護者はいるが高齢、病弱、育児、就労等により介護ができない世帯 □ その他の世帯	% □ 未利用 □ 入院・入所中	□ 大阪市内 □ 隣接市	
			点	点	点	点
		【評価すべき個別的事項等】				
	年月日＜記入日＞	要介護度	介護者の有無	在宅サービスの利用率	地域性	合計
		1・2・3・4・5	□ 単身世帯 □ 高齢者のみで介護者が要支援以上の世帯 □ 介護者はいるが高齢、病弱、育児、就労等により介護ができない世帯 □ その他の世帯	% □ 未利用 □ 入院・入所中	□ 大阪市内 □ 隣接市	
			点	点	点	点
		【評価すべき個別的事項等】				