

入居申込書（ 2 / 2 ）

介護認定	申請(更新・変更)中・済	被保険者番号	
要介護度	1・2・3・4・5	認定の有効期間	令和 年 月 日～令和 年 月 日
介護者の状況	該当する番号1つに○ (□内は該当項目にチェック)	1. 身寄りがなく、介護する者がいない 2. 介護する者がいない (□ 介護者が長期入院・入所 □ 介護者が遠方に在住) 3. 介護する者はいるが、十分な介護力がない。 (介護者が □ 要介護状態 □ 病気療養中 □ 障害がある) 4. 介護する者はいるが、介護にあたる時間を十分に確保できない。 (介護者が □ 要支援状態・高齢 □ 就労している □ 他にも介護している □ 育児している) 5. 介護する者はいるが、上記以外の理由で介護を行うことが困難である。 6. 1～5に該当しない(介護に欠ける状態ではない)。 ※ 上記を記入し、現在の家族状況、介護者の状況をご記入ください。	
		1. 施設 □ 特養(□従来型 □ユニット型) □ 老健 □ 介護療養型 □ 養護 □ ケアハウス □ 認知症高齢者グループホーム □ 有料老人ホーム □ 救護・更生施設(保護施設) □ 障害者入所施設 □ 生活支援ハウス □ その他() 2. 病院 (病名: _____ 入院: 令和 年 月から) 3. 在宅 □ 訪問介護 (□ 週4回以上 □ 週2～3回 □ 週1回) □ 訪問入浴介護 (□ 週1回以上) □ 訪問看護/訪問リハビリテーション (□ 週2回以上 □ 週1回) □ 定期巡回・随時対応型訪問介護看護 □ 夜間対応型訪問介護 □ 通所介護/通所リハビリテーション (□ 週2回以上 □ 週1回) □ 認知症対応型通所介護 □ 短期入所生活介護/療養介護 (最近3か月の利用日数合計 ____日) □ 小規模多機能型居宅介護 □ 複合型サービス	
入居者本人の状況	現該(□内は該当する住居番号及び1項目にチェック)のサービスの利用状況		
特例入居要件の有無		有(詳細は別紙「特例入居申込書」のとおり)・無	
その他	□ 認知症の行動・心理症状(BPSD)があり。 □ 住居環境が介護に適さない。 □ 介護老人保健施設や病院等に入居(入院)しており、退所(退院)後も在宅生活が困難。 □ 当施設併設のショートステイの利用経験がある。 □ 地域性がある。		
	備考		