

次のとおり、 への入所を申し込みます。 令和 年 月 日

入所申込者 本人	フリガナ		性別	介護保険被保険者番号								
	氏名		男・女									
	生年月日	明・大・昭 年 月 日 ( 歳)		要介護度	1・2・3・4・5							
	自宅住所	〒		認定の有効期間	年 月 日から 年 月 日まで							
	かかりつけ医師			かかりつけ病院								
病名・既往歴												

氏名	年齢	続柄	同別居	連絡先(電話番号)
			同・別	

申請者	フリガナ		続柄	住所	
	氏名			電話番号	

特例入所	<input type="checkbox"/> 認知症であるものであって、日常生活に支障をきたすような症状・行動や意思疎通の困難さがある <input type="checkbox"/> ほぼ毎日ある <input type="checkbox"/> 時々 ある(週に1~2回程度) <input type="checkbox"/> 少し ある(月に1~2回程度)
(要介護1・2で入所を希望する場合は、該当項目にシ点記入) ※裏面意見書同意欄も確認・記入	<input type="checkbox"/> 知的障害、精神障害等を伴い、日常生活に支障をきたすような症状・行動や意思疎通の困難さ等が頻繁にみられる <input type="checkbox"/> ほぼ毎日ある <input type="checkbox"/> 時々 ある(週に1~2回程度) <input type="checkbox"/> 少し ある(月に1~2回程度)
	<input type="checkbox"/> 家族等による深刻な虐待が疑われている等により、心身の安全・安心の確保が困難である
	<input type="checkbox"/> 単身世帯である、同居家族が高齢又は病弱であること等により家族等の支援が期待できず、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

【特例入所要件該当に関する申込者意見】

【添付書類】

- ① 介護保険証の写し
- ② 入所申込者評価基準に係る意見書(ケアマネージャー等記入)

【他施設への斡旋希望】

当施設へ入所できなかった場合、他の施設への斡旋又は代替サービスの斡旋を希望し、上記申込書及び裏面意見書について他施設へ情報提供することに 同意する。 同意しない。

令和 年 月 日 入所希望者氏名  
代筆者氏名 (続柄 )

受付印	※施設長印

【お願い】

「要介護認定の見直し」や「他施設への入所決定」など状況に変化があった場合は、お知らせ下さい。