

(様式1)

◎必要な書類をご用意の上、施設に直接お申込みください。

- ・ 介護保険制度では、利用者とサービス事業者の契約が原則ですので、下記の書類をご用意の上、施設に直接お申込みください。
- ・ 入所申込書兼調査票はコピーでも提出可能です。複数の施設に申込こまれる場合、入所申込書兼調査票に宛先、同意欄以外の必要事項を記入後コピーしていただき、コピーしたものに宛先を記入、同意欄に署名し、各施設にお申込みください。

<申込みに必要な書類>

各書類	在宅の方	病院や施設に入院・入所中の方
入所申込書兼調査票 ※1	○	○
居宅サービス利用票と別表の写し ※2 (直近3カ月分)	○	× ※3

- ※1 所定の様式に、記入例を参考に必要事項をご記入ください。できるだけ、詳しく記入をお願いします。配点の際、その内容も考慮されます。
- ※2 申込月から直近の3カ月分をご用意ください(例：4/15が申込日→2～4月分を用意)。手元にない場合は、担当のケアマネジャーに依頼しお取り寄せください。
- ※3 施設に入所(入居)中で、居宅サービスを利用している場合には必要になることがあります。申込みされた施設に、ご相談ください。

<注意>

◎ 申込書内にある認定情報取得に関わる同意の欄にご記入ください。施設が市に「認定情報一次判定結果の写し」の提供依頼をします。ご自分で取り寄せる必要はありません。

◎ 上記以外の書類も必要になる場合があります。施設にお問い合わせください。

◎ 申込書の内容に変更があった場合には、すみやかに入所申込変更届を施設に提出してください。居宅サービスの利用率に変更があった場合には、最新の利用票と別表の写しをご提出ください。

◎ 他の施設に入所が決まったなど、入所申込みを取り下げる場合には、申込みをした施設に連絡し、取下げ届をご提出ください。

できるだけ、正確に、公平に評価を行うために・・・

各施設では、入所決定の過程において、申込者の方の現状をしっかりと把握した上で、できるかぎり正確・公平に評価を行いたいと考えています。しかし、身体の状態が悪くなった、要介護度が変わったなど、状況が変わったことを施設に連絡しないと、正確に評価されず、選考に漏れるということもあります。

また、医療行為を必要とされる方は、受入れの可否を入所希望の施設にお問い合わせください。

問い合わせは、武蔵野市高齢者支援課(☎0422-60-1925)または入所指針適用施設へ。

申込日・届出日	(和暦)〇〇年 4月 2日	申込区分	<input checked="" type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> その他[]
受付日	年 月 日	担当者名	受付番号

〇〇〇〇 施設長 殿

この欄は記入しない

申請者(連絡先)

住所	〒180-0012 武蔵野市〇町2-2-28		
(フリガナ)氏名	(マルマル シカクロウ) 〇〇 □郎	続柄	子(長男)
連絡先	自宅	0422-60-1846	
	携帯	0×0-××××-×××	

介護老人福祉施設(特別養護老人ホーム)に入所したいので、入所申込書兼調査票を提出します。

入所申込者(本人)の基本情報	(フリガナ)氏名	(マルマル サンカク) 〇〇 △	性別	<input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
	住民登録	武蔵野 ㊦・区・町・村		
	現住所	〒180-8777 東京都武蔵野市〇町2-2-28 電話 0422(60)1925		
	生年月日	明・大・昭 5年 1月 1日(〇△歳)		
障害手帳等	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有⇒手帳の種類 (障害名) (判定) 級(度) 年 月 日			
介護保険被保険者番号	0 0 0 0 9 9 9 9 9			
要介護認定と認定期間	要介護3・4・5 ※(要介護1・2)	(認定期間) (和暦)〇年 1月 1日~(和暦)〇年 12月 31日		
現在利用している施設サービス等	<input type="checkbox"/> 自宅で暮らしている。 <input checked="" type="checkbox"/> 施設・医療機関等に入所・入院している。(下記欄も記入) 施設(病院)名 介護老人保健施設 〇〇園 入所(院)日 (和暦)〇年 3月 3日~ 住所 東京都〇〇区△△町1-2-3 電話 03(1111)1111			
認知症・精神の状況	◆下記の項目で、いずれか一つ該当するものにシ点チェックをお願いします。 <input type="checkbox"/> 何らかの認知症を有するが、日常生活はほぼ自立している。 <input type="checkbox"/> 日常生活に支障があるような症状がみられるが、誰かが注意していれば自立できる。 <input checked="" type="checkbox"/> 日常生活に支障があるような症状が見られ、介護を必要とする。 <input type="checkbox"/> 日常生活に支障があるような症状が頻繁に見られ、常に介護を必要とする。 <input type="checkbox"/> 著しい精神症状や周辺症状が見られ、専門治療を必要とする。 ◆その他、記載すべき特記事項があればご記入ください。 (物盗られ妄想が激しく、介護者に対して攻撃的になる。抵抗有。また、麻痺があり歩行には支えが必要なのに、勝手に歩こうとしてしまう。転倒の危険性があり、家族は目が離せない。)			
医療的処置	<input type="checkbox"/> 尿管カテーテル <input type="checkbox"/> ストマ(人工肛門) <input type="checkbox"/> 経管栄養(経鼻・経腸・胃瘻・食道瘻) <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input checked="" type="checkbox"/> インシュリン注射 ◆その他()			
現在の病気の病名	現在治療中の病名	入院・通院履歴	期間	
	脳梗塞後遺症	A病院	(和暦)〇年 △月~	
	糖尿病	B病院	(和暦)〇年 〇月~	
	アルツハイマー型認知症	A病院	(和暦)〇年 〇月~	