

※太ワクの中をすべて記入してください（不明な点は、施設にご相談ください）

※□欄は、該当するものに□を記入してください

認知症対応型共同生活介護事業所入所申込書

入所を希望する者	フリガナ		保険者名	
	氏名		被保険者番号	
	生年月日	明・大・昭 年 月 日 () 歳	性別 (男・女)	
	現住所	(郵便番号 -)	電話番号 (- -)	
	認定状況	<input type="checkbox"/> 要介護認定を受けている <申込日現在の介護度> 要支援 2 要介護 (1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5) <認定有効期間> 平成・令和 年 月 日から平成・令和 年 月 日まで <input type="checkbox"/> 区分変更申請中 (平成・令和 年 月 日申請) <input type="checkbox"/> 更新申請中 (平成・令和 年 月 日申請) <input type="checkbox"/> 要介護認定を受けていない <input type="checkbox"/> 認定申請中 (平成・令和 年 月 日申請)		
世帯状況	<input type="checkbox"/> 同居家族がいない (一人暮らし) <input type="checkbox"/> 同居家族がいる			
入所を希望する理由	<input type="checkbox"/> 介護する者がいないため。 <input type="checkbox"/> 介護する者が「高齢」、「障害」、「疾病」等により十分な介護が困難なため。 <input type="checkbox"/> 介護者が就労していることから、十分な介護が困難なため。 <input type="checkbox"/> 居住環境の事情により、十分な介護が困難なため。 <input type="checkbox"/> 施設や病院等から退所等を求められているが、受け入れが困難なため。 <input type="checkbox"/> ベッド <input type="checkbox"/> 畳			
認知症対応型共同生活介護事業所 音野舎 代表者 山内 知枝 殿 貴事業所に入所を希望するため、申し込みます。 また、貴事業所が入所判定に使用する目的で、居宅介護支援事業者等から情報提供を受けることに同意します。 令和 年 月 日 (申込者) 住所 _____ 氏名 _____ 印 (続柄) _____				

提出者 (連絡先)

氏名 :	続柄 :	電話番号 :
〒 : -		
住所 :		

※太ワクの中をすべて記入してください（不明な点は、施設にご相談ください）

※口欄は、該当するものに☑を記入してください

◎介護者・家族等の状況

※ 入所申込みに対する家族の同意等は備考欄に記入してください。

家 族 構 成	続柄	氏名	年齢	入所希望者と	住所	電話	備考
				同居・別居			
				同居・別居			
				同居・別居			
				同居・別居			
主 た る 介 護 者	フリガナ			年齢	本人との関係	備考	
	氏名						
	介護者の健康状態	<input type="checkbox"/> 疾病（〈具体的に〉 <input type="checkbox"/> 健康					
	介護の状況	<input type="checkbox"/> 介護する者が要介護状態のため、介護困難な状態である <input type="checkbox"/> 仕事や入所希望者以外の人々の看病等があり、介護困難な状態である （〈具体的に〉） <input type="checkbox"/> 多少介護は可能であるが、常時の介護は困難な状態である （〈具体的に〉） <input type="checkbox"/> 介護可能な状態である					
	介護の場所	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 病院又は介護老人保健施設 <input type="checkbox"/> その他の施設に入所中					
	介護歴	年 月頃から介護している （期間：約 年）					
	介護協力者	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 随時あり（氏名 _____ 続柄 _____） <input type="checkbox"/> 常時あり（氏名 _____ 続柄 _____）					
	意見	[食事や排せつのこと、その他介護をしている上で困っていることなど]					

申込者名	
------	--

◎入所希望者の状況

入所希望者の状況	サービス等の利用状況	<input type="checkbox"/> 他施設や医療機関に入っている ・施設名又は医療機関名： _____ ・所在地： _____ ・電話番号： _____ - _____ ・FAX： _____ - _____ ・入所又は入院時期：平成・令和 年 月から入所（入院）している。 ・施設や医療機関から退所（退院）を求められているか。（ いる ・ いない ）
		<input type="checkbox"/> 以前、指定介護老人福祉施設に入所していたが、医療機関に入院するため退所した ・入所していた施設名： _____ ・所在地： _____ ・電話番号： _____ - _____ ・FAX： _____ - _____ ・退所した時期：平成・令和 年 月 退所
		<input type="checkbox"/> 在宅で介護保険の居宅サービス（訪問・通所系サービス及び短期入所）を受けている ・居宅介護支援事業所 事業所名： _____ 住所： _____ 電話番号： _____ - _____ ・介護支援専門員（ケアマネジャー） 氏名： _____ ※居宅サービス等が十分に受けられない理由など特にありましたらお書きください。 [_____]
	住宅の状況	<input type="checkbox"/> 他施設又は医療機関に入所・入院中であるが、退所後、行き場がない （理由） <input type="checkbox"/> 段差・手すり・浴室・トイレ・居室の広さなどが介護に適さず、住宅改修も困難である （理由）
	認知症の状況	<input type="checkbox"/> 認知症の症状はない <input type="checkbox"/> 認知症の症状がある （具体的な症状を詳しく書いてください） [_____]

※太ワクの中をすべて記入してください（不明な点は、施設にご相談ください）

※口欄は、該当するものに☑を記入してください

入所希望者の状況	医療の状況	<input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> インシュリン注射 <input type="checkbox"/> その他（ ） <input type="checkbox"/> 感染症（有 ・ 無） <現在療養中の病気・特記事項等>	
	主治医	（病院名） （医師名） （住所） （電話番号） - -	

担当介護支援専門員記入欄	担当介護支援専門員氏名	事業所名	連絡先電話番号
	認知症高齢者の日常生活自立度	I ・ II a ・ II b ・ III a ・ III b ・ IV ・ M	
	障害高齢者の日常生活自立度	J 1 ・ J 2 ・ A 1 ・ A 2 ・ B 1 ・ B 2 ・ C 1 ・ C 2	
	在宅サービス利用率	%（直近3ヶ月の平均）	
	意見等		

施設記入欄	入所申込書受付日	令和 年 月 日
	入所決定日	令和 年 月 日
	※他施設の申込状況	

(様式 2)

入所希望者状況変更届

令和 年 月 日

グループホームホーム音野舎 施設長 山内 知枝 殿

下記のとおり、状況の変更が生じたので、変更届を提出いたします。

記

1 入所希望者

住 所	〒	—
氏 名		電話 — —

2 変更の内容（該当するもの全てに、にをつけてください。）

変 更 内 容	確 認 欄
1 本人の状況の評価 要介護度 <input type="checkbox"/> 5, <input type="checkbox"/> 4, <input type="checkbox"/> 3, <input type="checkbox"/> 2, <input type="checkbox"/> 1	
2 主たる介護者・家族等の介護力の状況 <input type="checkbox"/> ①介護者の年齢 <input type="checkbox"/> ②介護者の障害や疾病 <input type="checkbox"/> ③介護者の就労 <input type="checkbox"/> ④介護者が育児・家族が病気 <input type="checkbox"/> ⑤他の介護補助協力者	
3 特記事項 <input type="checkbox"/> ①退院・退所を求められているが、家の居場所がないなど、受入先がない。 <input type="checkbox"/> ②在宅生活が困難と認められる痴呆症状等による問題行動がある。 <input type="checkbox"/> ③介護保険による居宅サービス等を利用して在宅生活が困難。 <input type="checkbox"/> ④医療的な措置が必要な場合であって、主治医が施設への入所が適当と認めた。 <input type="checkbox"/> ⑤家族の居住地との関係等地理的条件を考慮する必要がある。 <input type="checkbox"/> ⑥その他 { }	
4 その他 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 転居 (転居先市町村名 :)	

4 変更届者

住 所	〒	—	
氏 名	印	入所希望者との関係	
		電 話 番 号	— —

※ 被保険者証（写）と居宅サービス利用票及び別票（写）を添付してください。