

ユニット型指定介護老人福祉施設入居申込書  
（特別養護老人ホーム）

施設名

アカデミックケアホーム太閤 施設長 様  
入居を希望するので、下記のとおり申込みます。

|     |    |   |   |   |
|-----|----|---|---|---|
| 申込日 | 令和 | 年 | 月 | 日 |
| 受付日 | 令和 | 年 | 月 | 日 |
| 受付者 |    |   |   |   |

|            |       |   |  |  |         |                 |       |      |   |   |
|------------|-------|---|--|--|---------|-----------------|-------|------|---|---|
| 入居希望者      | ふりがな  |   |  |  | 性       | 男               | 生年月日  |      |   |   |
|            | 氏名    |   |  |  | 別       | 女               | 明・大・昭 | 年    | 月 | 日 |
|            | 住所    | 〒 |  |  |         |                 |       | (TEL | ) |   |
|            |       |   |  |  |         |                 | (FAX  | )    |   |   |
| 被保険者番号     |       |   |  |  | 要介護度    | 3 4 5 ( 1 2 )   |       |      |   |   |
| 保険者番号      |       |   |  |  | 保険者名    |                 |       |      |   |   |
| 初回要介護認定年月日 | 年 月 日 |   |  |  | 認定の有効期間 | 年 月 日～<br>年 月 日 |       |      |   |   |
| 認定審査会の意見等  |       |   |  |  |         |                 |       |      |   |   |

※上記（初回要介護認定年月日以外）は、入所希望者の介護保険被保険者証から転記願います。

|     |      |   |  |  |           |  |  |      |   |  |  |
|-----|------|---|--|--|-----------|--|--|------|---|--|--|
| 申込者 | 住所   | 〒 |  |  |           |  |  | (TEL | ) |  |  |
|     |      |   |  |  |           |  |  | (FAX | ) |  |  |
|     | ふりがな |   |  |  | 入所希望者との続柄 |  |  |      |   |  |  |
|     | 氏名   |   |  |  |           |  |  |      |   |  |  |
| 連絡先 | 住所   | 〒 |  |  |           |  |  | (TEL | ) |  |  |
|     |      |   |  |  |           |  |  | (FAX | ) |  |  |
|     | ふりがな |   |  |  | 入所希望者との続柄 |  |  |      |   |  |  |
|     | 氏名   |   |  |  |           |  |  |      |   |  |  |

※申込者以外の方へ連絡を希望される方は、連絡先欄もご記入ください。

|      |  |         |
|------|--|---------|
| 申込状況 | <input type="checkbox"/> 当該施設のみ申し込む。 <input type="checkbox"/> 他の施設も申し込んでいる。又は申し込む予定。 |         |
|      | 既に申し込んだ施設名   | ( ) ( ) |
|      |  | ( ) ( ) |
|      | 申し込み予定施設名  | ( ) ( ) |
|      |  | ( ) ( ) |

|       |  |
|-------|--|
| 説明確認欄 | 私は、入居申込みに際し、入所順位の決定方法、状況の変化に伴う届出及び辞退の取扱いについて、施設から説明を受けました。 |
|       | また、今後の名古屋市の施策の参考とするため、この申込書の内容を名古屋市に報告することに同意します。          |
|       | 令和 年 月 日 氏名 ( )  |



## 介護者の状況

|                                       |   |   |   |   |    |               |   |  |
|---------------------------------------|---|---|---|---|----|---------------|---|--|
| 介護者の状況                                | ふりがな  |   | 性 | 男 | 生年 | 明・大・昭・平       | 続 |  |
|                                       | 氏名  |   | 別 | 女 | 月日 | 年 月 日<br>( 歳) | 柄 |  |
|                                       | 居住関係  | <input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居（住所： _____ ）<br>入所希望者宅までの所要時間（ _____ 分）  |   |   |    |               |   |  |
|                                       | 就労状況  | <input type="checkbox"/> 就労していない <input type="checkbox"/> 就労している（週 _____ 日、週 _____ 時間程度）  |   |   |    |               |   |  |
|                                       | 健康状態  | <input type="checkbox"/> 健康 <input type="checkbox"/> 病弱・慢性疾患等で定期的に通院中・病名 _____ )<br>・入院していないが継続的な治療を要する・病名 _____ )<br>・要入院加療（ _____ か月程度・病名 _____ )   |   |   |    |               |   |  |
|                                       | 身体状況  | <input type="checkbox"/> 障害有（ _____ 級・障害の種類： _____ ） <input type="checkbox"/> 無   |   |   |    |               |   |  |
|                                       | 要介護度  | <input type="checkbox"/> 有（要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5） <input type="checkbox"/> 無  |   |   |    |               |   |  |
|                                       | 他に対応を要する家族の有無   | <input type="checkbox"/> 育児の必要な家族がいる（子どもの年齢 _____ 歳）<br><input type="checkbox"/> 3か月以上看病（付添）の必要な家族がいる（自宅療養・入院中）<br><input type="checkbox"/> 入所希望者以外に介護の必要な家族がいる（要支援・要介護 1 2 3 4 5）<br><input type="checkbox"/> 介護の必要な障害を有する家族がいる（ _____ 級・種類： _____ ） |   |   |    |               |   |  |
| 介護協力者の有無                              | <input type="checkbox"/> 同居親族に協力者がいる<br><input type="checkbox"/> 同居以外の親族に協力者がいる<br><input type="checkbox"/> 親族以外の協力者（近隣者など）がいる<br><input type="checkbox"/> 協力してくれる人はいない |   |   |   |    |               |   |  |
| 【介護をされていて困っていること、その他特記すべき事項をお書きください。】 |   |   |   |   |    |               |   |  |

### ※申込書に添えて提出する書類

- 1 入所希望者の介護保険被保険者証（写）
- 2 直近のサービス利用票及び別表（写）……………現在、在宅でお過ごしの方のみ提出してください。

施設使用欄

## 入所希望者の親族の状況

| 同居の家族（※入所希望者本人については記入不要です。） |  |          |                    |      |  |
|-----------------------------|--|----------|--------------------|------|--|
| 氏名                          |  | 生年<br>月日 | 明・大・昭・平・令<br>年 月 日 | 続柄   |  |
|                             |  |          |                    | 就労状況 |  |
| 氏名                          |  | 生年<br>月日 | 明・大・昭・平・令<br>年 月 日 | 続柄   |  |
|                             |  |          |                    | 就労状況 |  |
| 氏名                          |  | 生年<br>月日 | 明・大・昭・平・令<br>年 月 日 | 続柄   |  |
|                             |  |          |                    | 就労状況 |  |
| 氏名                          |  | 生年<br>月日 | 明・大・昭・平・令<br>年 月 日 | 続柄   |  |
|                             |  |          |                    | 就労状況 |  |
| 氏名                          |  | 生年<br>月日 | 明・大・昭・平・令<br>年 月 日 | 続柄   |  |
|                             |  |          |                    | 就労状況 |  |

| 近親者の状況   |  |   |  |
|--|--|---|--|
| <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 5px;">配偶者</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 5px;">本人</div> | <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 5px;">子</div>  | <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 5px;">孫</div> |  |
| <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 5px;">兄弟姉妹</div>   | <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 5px;">甥姪</div> |   |  |