

## [入所のお申し込みに際して] ※要介護1・要介護2の方へ

平成27年度の介護保険制度改正に伴い、要介護1または2の方は、原則、特別養護老人ホームに入所することはできません。

但し、下記「特列入所の要件」に該当する場合は入所申込を行うことが可能です。該当する項目にチェックをつけて下さい。

なお、特列入所の要件への該当の有無に関しては、施設から保険者(市町村)に意見照会をした上で、特別養護老人ホームへの入所(申込)可否の意見をいただきます。

### 【特列入所(申込)の要件】 ※当てはまる項目にチェックをしてください

- 認知症がある者であって、日常生活に支障を来たすような症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁に見られること。
- 知的障害・精神障害等を伴い、日常生活に支障を来たすような症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁に見られること。
- 家族等による深刻な虐待が疑われること等により、心身の安全・安心の確保が困難であること。
- 単身世帯である、同居家族が高齢又は病弱である等により家族等による支援が期待できず、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こと。

### 【参考】

「～今般、介護保険法(平成9年法律第123号)第8条第21項の改正と、それに伴う介護保険法施行規則(平成11年厚生省令第36号)の改正により、平成27年4月1日以降の施設への入所が原則要介護3以上の方に限定される一方で、居宅において日常生活を営むことが困難なことについてやむを得ない事由があることによる要介護1又は2の方の特例的な施設への入所(以下「特列入所」という。)が認められる。これらの運用に当たっては、透明性及び公平性が求められるとともに、特列入所の運用については、市町村による適切な関与が求められる。」

『指定介護老人福祉施設等の入所に関する指針について(老高発1212第1号/平成26年12月12日付)』より抜粋。

指定介護老人福祉施設 [特別養護老人ホーム] 入所申込書兼台帳

申込者連絡先 (家族等代理の方の場合)	氏名:	続柄
	〒	
	住所:	
	電話番号	

施設記入欄	申込日	年 月 日	受付日	年 月 日
	受付番号		担当者名	
	法人名			
	入所申込施設名			

今後、郵便物などはこの連絡先にお送りさせていただきます。

本人の状況	(フリガナ)		性別		保険者(番号)							
	氏名		男 女		被保険者番号							
	生年月日	明・大・昭	年	月	日(満 歳)	要介護度	1・2・3・4・5					
	要介護認定期間	平成	年	月	日	から	認定申請予定日	平成	年	月	日	※未申請の方は記入してください
	介護保険負担限度額	利用者負担額 ( <input type="checkbox"/> 第4段階 <input type="checkbox"/> 第3段階 <input type="checkbox"/> 第2段階 <input type="checkbox"/> 第1段階 )										
	自宅住所	〒					電話番号					
	現在の居所 ※自宅以外に居住している場合に記入	<input type="checkbox"/> 自宅で単身 <input type="checkbox"/> 高齢者のみの世帯 <input type="checkbox"/> 自宅で家族と暮らしている <input type="checkbox"/> 他の施設や病院に入っている 施設・病院の名称 _____ 所在地 _____										
	入所申込理由	<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"/> 介護する者が就労していることから、(昼間独居となり常時の)十分な介護が困難なため <input type="checkbox"/> 介護する者の身体的・精神的負担が大きく十分な介護ができないため <input type="checkbox"/> 介護する者が遠方に居住していることにより十分な介護ができないため <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を求められているが自宅での介護が困難なため <input type="checkbox"/> 介護保険の居宅サービス給付の区分支給額を超えており、経済的負担が大きいため <input type="checkbox"/> その他 ( _____ )										
	本人の入所意向	<input type="checkbox"/> 入所を希望している <input type="checkbox"/> 迷っている <input type="checkbox"/> 拒否している <input type="checkbox"/> 知らせていない <input type="checkbox"/> 認知力低下により理解困難										
	在宅介護継続期間	年	月	日	居宅サービスの利用の有無	<input type="checkbox"/> 有(下記についても記入してください) <input type="checkbox"/> 無						
申込日前月に利用中のサービス(月分)	訪問介護	回/月	訪問入浴	回/月	訪問看護	回/月						
	訪問リハ	回/月	居宅療養管理指導	回/月	通所介護	回/月						
	通所リハ	回/月	福祉用具貸与	品目	短期入所生活介護	日/月						
	短期入所療養介護	日/月										



指定介護老人福祉施設 [特別養護老人ホーム] 入所申込書兼台帳

見本

申込者連絡先 (家族等代理の方の場合)	氏名: 奈良 ○ 郎	続柄	長男
	〒630-xxxx		
	住所: 奈良県生駒市○○町		
	△番地○○-△		
	電話番号	0743-xx-0000	

施設記入欄	申込日	年 月 日	受付日	年 月 日
	受付番号		担当者名	
	法人名			
	入所申込施設名			

今後、郵便物などはこの連絡先にお送りさせていただきます。

本人の状況	(フリガナ)	ナ ラ ○ コ	性別		保険者(番号)	△△市	2	9	0	1	2	3			
	氏名	奈良 ○ 子	男女	男	被保険者番号	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	生年月日	明・(大)・昭〇〇年××月△△日(満86歳)			要介護度	1・2・(3)・4・5									
	要介護認定期間	平成23年1月1日から平成24年12月31日まで			認定申請予定日	平成 年 月 日 ※未申請の方は記入してください									
	自宅住所	〒630-xxxx 奈良県生駒市○○町△番地○○-△			電話番号	0743-xx-0000									
	介護保険負担限度額	利用者負担額 ( <input type="checkbox"/> 第4段階 <input checked="" type="checkbox"/> 第3段階 <input type="checkbox"/> 第2段階 <input type="checkbox"/> 第1段階 )													
	現在の居所 ※自宅以外に居住している場合に記入	<input type="checkbox"/> 自宅で単身 <input type="checkbox"/> 高齢者のみの世帯 <input checked="" type="checkbox"/> 自宅で家族と暮らしている <input type="checkbox"/> 他の施設や病院に入っている													
		施設・病院の名称		所在地	〒 -										
		入所又は入院期間	平成 年 月 日から( 年 月 )			電話番号	( )								
	入所申込理由	<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 checked="" type="checkbox"/> 介護する者が就労していることから、(昼間独居となり常時の)十分な介護が困難なため <input type="checkbox"/> 介護する者の身体的・精神的負担が大きく十分な介護ができないため <input type="checkbox"/> 介護する者が遠方に居住していることにより十分な介護ができないため <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を求められているが自宅での介護が困難なため <input type="checkbox"/> 介護保険の居宅サービス給付の区分支給額を超えており、経済的負担が大きいため <input type="checkbox"/> その他 ( )													
本人の入所意向	<input type="checkbox"/> 入所を希望している <input type="checkbox"/> 迷っている <input type="checkbox"/> 拒否している <input type="checkbox"/> 知らせていない <input checked="" type="checkbox"/> 認知力低下により理解困難														
在宅介護継続期間	3 年 6 か月			居宅サービスの利用の有無	<input checked="" type="checkbox"/> 有(下記についても記入してください) <input type="checkbox"/> 無										
申込日前月に利用中のサービス( 月分)	訪問介護	回/月		訪問入浴	回/月		訪問看護	回/月							
	訪問リハ	回/月		居宅療養管理指導	回/月		通所介護	8 回/月							
	通所リハ	回/月		福祉用具貸与	品目		短期入所生活介護	12 日/月							
	短期入所療養介護	日/月													

本人の状況	入所希望時期	<input type="checkbox"/> 早期希望（1～3か月内） <input checked="" type="checkbox"/> 6か月以内 <input type="checkbox"/> 1年以内 <input type="checkbox"/> 1年以上（ ）年以内				
	利用している居宅介護支援事業所名	居宅介護支援事業所□□ 電話番号：0743—××—××××	担当ケア マネージャー名	生駒 △△子		
	医療の状況	<input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> インスリン自己注射 <input type="checkbox"/> ストーマ(人工肛門)処置 <input type="checkbox"/> カテーテル <input type="checkbox"/> 中心静脈栄養 <input checked="" type="checkbox"/> その他（ ） 現在治療中の病名 <u>高血圧症</u> 受診している医療機関 <u>△○クリニック</u> 【特記事項】 老人性認知症				
	他施設への申込状況	<input type="checkbox"/> 当該施設のみ申込み <input checked="" type="checkbox"/> 他の施設（特養・老健・療養型・病院）にも申し込んでいる（予定も含む）（ 1 箇所） 既に申し込んでいる他の施設名（ △○苑 ）（ ）（ ） 今後申し込む予定の施設名（ ）（ ）（ ） 特養待機期間（他施設も含む） 1 年 8 か月				
主たる介護者の状況	家族構成	<input type="checkbox"/> 親 <input type="checkbox"/> 配偶者 <input checked="" type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> 孫 <input type="checkbox"/> その他（ ） 計 人				
	(フリガナ)	ナ ラ △ エ	性別	年齢	本人との関係	続柄(長男の配偶者) <input checked="" type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居
	主たる介護者の氏名	奈良 △ 江	男・女	満歳		住所： 申込者と同じ
	意見等(現状の介護で困っていることなど)	(注：身体的状況(健康状態)や仕事の有無(週の勤務日数及び時間)などを記入してください。) (例)妻はパートで、週の前半はフルタイム、後半は午前の勤務になるよう調整し、母の介護を行ってきたが、母の昼夜逆転が顕著になり、私も妻も夫婦ともども夜間の介護で身体的、精神的に参ってきている。経済的な事情で妻も仕事を辞めることは難しく、自宅での介護に限界を感じている。				
同居以外の親族・援助者の有無	1. 子 2. 兄弟・親戚等 3. 親族はないが援助者あり ④. 親族・援助者なし					
入所の申込みに当たり、その手続きについて説明を受けました。 平成 23年 4月 1日 氏名： 奈良 ○郎 (ご家族の名前)						
同意欄	今後、指定介護老人福祉施設〔特別養護老人ホーム〕への入所申込者の状況を調査するため、氏名、生年月日、住所(居所)、入所希望時期について、保険者である市町村に報告することに同意します。 平成 23年 4月 1日 氏名： 奈良 ○子 (入所希望者の名前)					

■注1 介護保険被保険者証・介護保険要介護認定調査票基本調査・直近3か月分のサービス利用表及び別表の写しを添付してください。

注2 要介護度など要件や他施設へ入所されるなどの状況に変化があった場合は、すぐに施設へお知らせください。

注3 必要に応じて申込後の状況について、施設から確認や連絡をすることがあります。

注4 入所希望時期については、入所決定に際して、なんら影響を与えるものではありませんので、ありのままご記入ください。

※ 1 「申込日」：申込者が施設へ提出した日（郵送により提出した場合は投函日）

※ 2 「受付日」：特別養護老人ホームが受け付けた日

※ 3 「申込者」：本人又は本人を代理する家族等になります。

本人等は記入が困難な場合には、ケアマネジャー等が代筆することも可能です。

（ケアマネジャー等が代筆される場合は、代筆者の名前を右肩に併記してください。具体的な記入例は下記のとおり）

標準様式1

（代筆者：ケアマネジャー〇〇 〇〇）

指定介護老人福祉施設〔特別養護老人ホーム〕入所申込書兼台帳

氏名： 奈良 〇 郎	続柄	長 男	申込日	年 月 日	受付日	年 月 日
------------	----	-----	-----	-------	-----	-------

※ 4 「要介護度」「要介護認定期間」：被保険者証に記載されている内容を記入してください。

区分変更、更新申請中の場合は現在の認定結果を記入してください。結果がわかり次第施設にご連絡ください。

※ 5 「介護保険負担限度額」：該当するもの、いずれか1つに“レ”を記入してください。

「介護負担限度額認定証」の交付を受けることにより負担額が減額されることがあります。

市役所にて申請することが出来ます。（場合により交付されない場合があります）

※ 6 「現在の居所」：該当するもの、いずれか1つに“レ”を記入してください。

施設や病院に入所（院）されている方は、施設や病院の名称、所在地、電話番号、入所又は入院の時記入してください。

認知症高齢者グループホームに入所されている方や、有料老人ホーム、軽費老人ホーム等で特定施設入所者生活介護を受けている方もこの欄に記載してください。

※ 7 「入所申込理由」：該当するものすべてに“レ”を記入してください。（複数でも可能です）

※ 8 「本人の入所意向」：該当するものいずれか1つに“レ”を記入してください。

※ 9 「在宅介護継続期間」：在宅サービスの利用の有無にかかわらず、在宅で介護された期間を記入してください。

現在、他の介護保険施設や病院に入院中の方は空欄で結構です。

※ 10 「居宅サービスの利用の有無」：該当するもの、いずれか1つに“レ”を記入してください。

現在、他の介護保険施設や病院に入院中の方は空欄で結構です。

“有”に記入された場合は、「申込日前月に利用中のサービス」の欄に記入してください。

※ 11 「申込日前月に利用中のサービス」：該当するすべてについて、前月1ヶ月間に利用した回数を記入してください。

「福祉用具貸与」については、品目数を記入してください。

「短期入所生活介護」「短期入所療養介護」については、利用日数の合計を記入してください。

※ 12 「入所希望時期」：参考までに該当するもの、いずれか1つに“レ”を記入してください。

“1年以上”の場合には、何年以内か数字を記入してください。

- ※ 13 「居宅介護支援事業所名」：直近3カ月で利用した居宅介護支援事業所の名称、電話番号、担当ケアマネージャーの氏名を記入してください。
- また、居宅介護支援事業所を利用されておられず、担当のケアマネージャーや、その役割を果たされる方（入院されておられる場合、入院先の医療ソーシャルワーカーの方等）がいらっしゃらない場合は空欄で結構です。
- ※ 14 「医療の状況」：該当するものに“レ”を記入してください（複数でも可能です）。
- “その他”に記入した場合は、その内容を（ ）に可能な限り具体的に記載してください。
- “現在治療中の病名”は、主な傷病を記載してください。
- ※ 15 「他施設への申込状況」：該当するもの、いずれか1つに“レ”を記入してください。
- “他の施設にも申し込んでいる”の場合は、既に申し込んでいる施設また、今後申し込む予定の施設名を記入してください。
- “特養待機期間（他施設も含む）”については、最初に申し込んだ時点からの期間を記入してください。
- 申し込んでおられる病院が介護保険の指定介護療養型施設として指定されているかどうか分からない場合は、「病院」と記入してください。
- ※ 16 「家族構成」：主たる介護者の家族構成を記入してください。
- ※ 17 「主たる介護者」：主に介護を行っている方について、記入してください。
- 他の介護保険施設や病院等に3カ月以上入所・入院中など、主たる介護者が特定できない場合は、介護者の欄は空欄で結構です。ただし、3カ月以内の入所・入院中の場合で、自宅で主たる介護者が特定できる場合は介護者を記入してください。なお、養護老人ホームや軽費老人ホームにご入所・ご入居されている方は、空欄で結構です。
- ※ 18 「本人との関係」：主たる介護者が申込者と異なる場合は、主たる介護者からみた関係を記載してください。
- 同居、別居のいずれか1つに“レ”を記入してください。
- ※ 19 「意見等」：在宅生活を継続することが、困難な事情等を具体的に記載してください。
- ※ 20 「同居以外の親族や援助者等の有無」：該当するもの、いずれか1つに“レ”を記入してください。
- ※ 21 「同意欄」：本制度の運営につきましては、特別養護老人ホームへの入所の必要性が高い方々の優先的な入所を円滑に進めることを目的として、皆様の申し込み内容に基づき行政機関が必要に応じて連携して適切な対応をすることとしております。

どうか本制度にご理解をいただき、同意欄に記載している申込者の氏名、生年月日、住所（居所）、入所希望時期を、市町村等に報告することについてご同意をいただきますようよろしくお願いいたします。なお、この申込書に記載されている情報につきましては、個人情報の取扱いに関する法令、奈良県や各市町村が定めた条例等に基づき、申込者個人のプライバシーに関する情報として厳正に管理されますことを申し添えます。