



甲子園浜の四季とともに、心やすらぐ毎日を…



介護老人福祉施設 / 特別養護老人ホーム

シルバーコースト甲子園

社会福祉法人 円勝会

特別養護老人ホーム（定員100名）／ショートステイ（定員20名）

日中の
レクリエーション



輪になってにぎやかに♪

食事



美味しくて栄養たっぷり!!

医務室



看護師がいてくれて安心

特殊浴槽



横になったままでも入浴できます

特別養護老人ホーム

ご家族様に代わって、日常生活上のお世話をいたします。機能訓練・健康管理および療養上の管理も行い、心身の健康をお守りします。ご利用者様の個性を大切に、自立を支援します。

ショートステイ

在宅で介護を受けておられる方が利用できる短期間のお泊まりサービスです。食事・入浴・排泄などの介護、その他の日常生活上のお世話や機能訓練を行います。ご自宅での生活習慣を考慮し、可能な限りご希望に寄り添います。

一般浴槽



大きな浴槽でリラックス

外出



王子動物園にて

リビング
&
食堂

広々とした空間で楽しく食事



居室



明るい日差しが差し込みます

送迎車



青い車でお出迎え

デイサービス(一般型 45名・認知症対応型 10名)

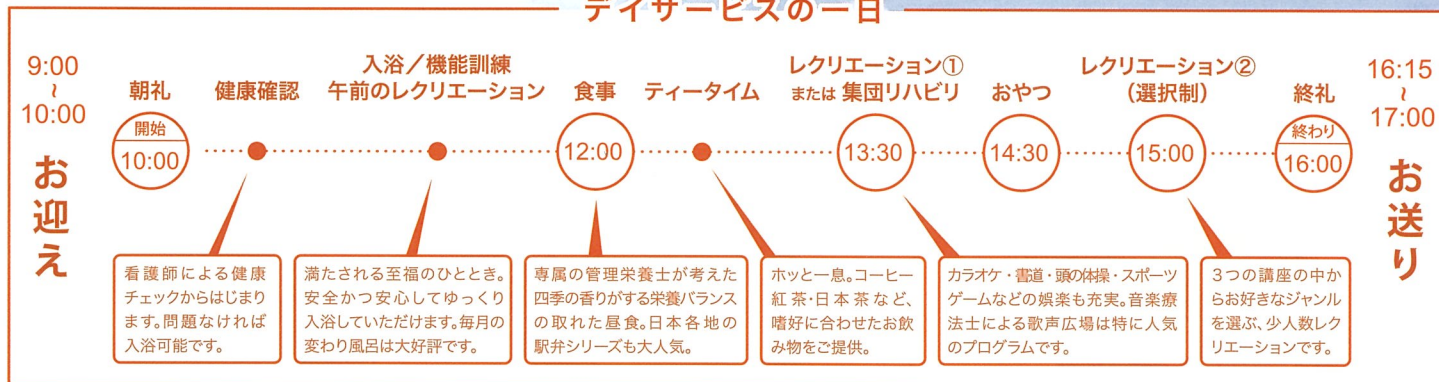
ご利用者様の自主性を大切にした
選択肢の豊富なレクリエーション

地域最大規模
「定員55名」

日本庭園を臨む大浴場
(トロン温泉)



デイサービスの一日



ホームヘルプサービス(訪問介護)

お一人おひとりの様々な状況に即時対応

住み慣れた地域での
在宅生活を支援いたし
ます。ご利用者様の身体
状況、生活様式、ご家族
様との関わりなどを尊



重します。身体介護はもちろん、認知症の方への
対応もお任せください。急な身体状況の変化や
緊急時にも即時対応いたします。

居宅介護支援サービス

ケアマネジャーが在宅介護を相談支援

介護が必要になっても
住み慣れたご自宅で安
心して生活できるよう
に介護支援専門員が
ケアプランの相談に



応じ、介護サービスの作成および調整などを
支援いたします。

まずはお気軽にご相談ください。

お問い合わせ・ご相談は…

☎ 0798-43-0470 (代)
FAX 0798-43-0621

受付時間 9:00~17:00

メールでのお問い合わせ silver@enshoukai.com

介護老人福祉施設 / 特別養護老人ホーム

シルバーコースト甲子園



〒663-8143
兵庫県西宮市枝川町17-40



西宮市高齢者あんしん窓口・浜甲子園 【地域包括支援センター】

☎ 0798-42-3530 FAX 0798-43-6180

いつまでも住み慣れた地域で安心して過ごせるよう
関係機関と連携して高齢者の生活を支援しています。



バスをご利用の場合…

阪神電鉄「甲子園」駅より阪神バス3番乗り場から「浜甲子園地行」を利用の場合、
「浜甲子園運動公園前」で下車。阪神バス4番乗り場から「浜甲子園行」の場合、
「浜甲子園」で下車。

徒歩の場合…

阪神電鉄「甲子園」駅より甲子園筋を南へ約20分。突き当たりの建物になります。
※東側がシルバーコースト甲子園、西側が第2シルバーコースト甲子園

関連施設



介護老人福祉施設

第2シルバーコースト甲子園

☎ 0798-43-0801

ユニット型特別養護老人ホーム(120名)

短期入所生活介護(10名)

通所介護(30名)[一般型20名・認知症対応型10名]

定期巡回・随時対応型訪問介護看護



多機能型障害福祉施設

ドリーム甲子園

☎ 0798-43-0801

〒663-8143

兵庫県西宮市枝川町17-41



障害者支援施設

西はりま リハビリテーションセンター

☎ 0791-63-2700

〒679-4132

兵庫県たつの市菅田町福田780の3番地



障害者支援施設

西はりまナーシングヴィラ

☎ 0791-63-2700

〒679-4132

兵庫県たつの市菅田町福田780の3番地



介護老人福祉施設

西はりまグリーンホーム

☎ 0791-63-2880

〒679-4132

兵庫県たつの市菅田町福田780-1



サービス付き高齢者向け住宅

ロイヤルウエスト甲子園

☎ 0798-43-2050

1人部屋共同浴室(28戸)

1人部屋浴室付(10戸)

2人部屋浴室付(2戸)



障害福祉サービス事業所

障がい者デイサービス レインボー

☎ 0791-76-2022

〒679-4132

兵庫県たつの市新宮町船渡64-2



小規模多機能型居宅介護事業所

お里の家

☎ 0791-63-0081

〒679-4129

兵庫県たつの市龍野町堂本11-7

1階にオープンカフェ、屋外に足湯コーナーがあります！



小規模多機能型居宅介護事業所

霞風庵(かふうあん)

☎ 0791-78-8800

〒679-4161

兵庫県たつの市龍野町日山662



養護老人ホーム

たつの荘

☎ 0791-62-0011

〒679-4115

兵庫県たつの市神岡町入野1番地



社会福祉法人 円勝会

<http://www.enshoukai.com>

お申込者各位

入所お申し込みの手続きについて

拝啓 時下ますますご清祥の段、お喜び申し上げます。

本日は入所お申し込みのご連絡をいただき、ありがとうございます。

「入所申し込み書」と合せて、シルバーコースト甲子園「入所コーディネートマニュアルについて」を同封致しますので、入所に関する基準等をご確認の上、特養入所申込書及び必要添付書類をシルバーコースト甲子園事務所窓口までご持参いただきますようお願い申し上げます。受付印を押印し、控えをお渡し致します。

なお、ご持参いただけない場合は、下記の返送先（お申込者様住所、氏名）にご記入の上、返送用110円切手を同封してお申し込みください。折り返し、控えをご送付致します。

敬具

【留意事項】

※入所の優先順位は、兵庫県老人福祉事業協会策定の「介護老人福祉施設・入所コーディネートマニュアル」及び当施設の処遇方針に基づきます。

※特養入所申込書、介護支援専門員等意見書は、もれなく記入をお願いします。

もれがありますと適正な判定ができません。また、必要添付書類（裏面参照）がそろっていない場合も同様に判定ができませんのでご注意ください。

※お申込み後のキャンセル、介護度の変更、その他変更があった場合は連絡（電話連絡可）をお願いいたします。変更受け付け後、再判定を行います。

※当施設は、入所者100名中、9割以上が西宮市内の方となっております。

※医療状況によっては、入所が難しいこともありますので、その旨ご了承いただきますようお願いいたします。（酸素療法は不可。インシュリン・経管栄養者の受け入れについては応相談）

キ リ ト リ

○お控えご返送先

住所 〒	
氏名	様

○110円切手同封をお願いします

◆必要添付書類について

○介護支援専門員等意見書

- ☛入所申込み時点で関わりのある介護支援専門員に作成していただけてください。
なお、施設・病院に入所・入院されていて、介護支援専門員の関わりがない場合は、施設・病院の相談員や看護師等の専門職や地域包括支援センターの職員等を作成していただけてください。

○認定調査票（基本調査）（写）

- ☛西宮市役所の高齢福祉課でお取り下さい。

○直近3ヶ月のサービス利用表（写）及び別表（写）

- ☛在宅サービスをご利用の方のみ必要です。担当ケアマネジャーにお申し出ください。

～入所申込みから入所決定までの流れ～

「特養入所申込書」の受付を行ない、控えをお渡しします。



兵庫県（神戸市除く）介護老人福祉施設・入所コーディネートマニュアル及び当施設の処遇方針に基づき、入所検討委員会にて判定を行ないます。



優先度が高いと判定された入所予定者のご自宅あるいは施設等に面接に伺います。
（現在の心身状況や生活状況の把握・当施設の概要やサービス内容・利用時の留意点等の説明）



面接時の状況をもとに、入所検討委員会にて入所者の決定を行ないます。

※入所申込みの受付を行なった場合でも、面接の段階で、心身の状態が大きく変化している場合は、入所ができない場合がありますのでご了承ください。

1. 策定の目的

平成26年12月12日付け老高発1212第1号厚生労働省老健局高齢者支援課長通知「指定介護老人福祉施設等の入所に関する指針について」を踏まえ、特別養護老人ホーム（以下「特養」という。）への入所を真に必要とする人が、速やかに入所（優先入所）できるよう、「入所コーディネートマニュアル」（以下「マニュアル」という。）を定め、介護の必要の程度や家族等の状況など、入所の必要性や緊急性を評価し、適正に入所調整を行なうための指針とする。

2. 優先入所の対象となる高齢者等

優先入所の対象となる高齢者等は、入所申込者のうち、要介護3から5までの要介護者及び、要介護1又は2であって特列入所の要件に該当する者のうち、身体上又は精神上著しい障害があるために常時の介護を必要とし、かつ、居宅においてこれを受けることが困難な高齢者等とする。

3. 特列入所の要件に該当する者

要介護1又は2であって、次の（1）から（3）のいずれかに該当することにより、居宅において日常生活を営むことが困難なことにについてやむを得ない事由があると認められる高齢者等とする。

- （1）認知症である者であって、認知症高齢者の日常生活自立度がⅡb以上であり、日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁に見られること。
- （2）知的障害・精神障害等を伴い、日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さ等が頻繁に見られること。
- （3）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。
- （4）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。

入所コーディネートマニュアルの概要

1. 入所申込みの方法等

（1）事前相談

入所希望者が、最もふさわしいサービスを選択することができるよう、入所申込み在先立ち、介護サービスに関する情報等を事前に提供する。

（2）入所申込み

- ①入所を希望する場合は、原則として本人が入所申込みを行なうこととする。
- ②本人以外の者が申込みを行なう場合には、申込書の「申込代理者欄」の記入を行なう。
- ③申込み書類
 - ・特養入所申込書
 - ・介護支援専門員等意見書
 - ・認定調査票（基本調査）（写）
 - ・直近3ヶ月のサービス利用表及び同表別表の写し（在宅サービス利用者に限る）
 - ・介護保険証のコピー（申込書に情報が転記されている場合はなくても可）

(3) 変更の届出

入所申込み後、要介護度や介護者の状況など申込書の内容に変更が生じた場合には申込書に基づき変更の届け出を行なう。（来所又は電話連絡でも可）

(4) マニュアルの説明

施設は、入所申込者に対して、入所決定の方法等のマニュアルに係る説明を行ない理解を得られるよう努める。

2. 入所決定の方法

(1) 評価基準

- ①施設において、入所の必要性や緊急性を判断する評価基準は、別紙のとおりとする。
- ②その他、施設の処遇方針（要医療の程度、個別的な配慮を必要とする場合等）、介護の必要の程度や、家族等の状況を総合的に評価し、次のグループごとに点数換算する。

本人の状況	介護の必要性	在宅介護の困難性
50点	30点	20点

- ③点数評価の点数の高い順とし点数が同じ場合は申込み順とする。

(2) 入所検討委員会による優先順位の決定

施設は、入所検討委員会（以下「委員会」という。）を設置し、合議制により、施設の処遇方針、介護の必要の程度や家族等の状況などを総合的に評価し、入所申込者の優先順位の決定を行なう。

①構成

委員会は、施設長、医師、生活相談員、看護職員、介護職員、栄養士、ケアマネジャー等で構成する。なお、必要に応じて、第三者委員（当該法人の評議委員等）を加えることとする。

②運営

委員会は、月1回程度開催し、評価基準に基づき入所申込者の優先順位を決定する。

③記録の保管・公表等

- ア 入所優先順位の評価・決定に至る経過を記録し、2年間保管する。
- イ 入所申込者等から求められた場合、記録を公表する。
- ウ 入所申込み状況を、（社）兵庫県老人福祉事業協会へ定期的に報告する。
- エ 施設は、市町又は県から求められた場合、記録を提出する。

(3) 入所順位名簿の作成

①名簿の作成及び更新

- ア 委員会は、入所順位名簿を作成し、管理する。なお、要介護1又は2である入所申込者については、特例入所対象者に該当する場合に限り、名簿に登載する。
- イ 委員会は、委員会終了後、定期的に名簿の更新を行なう。
- ウ 施設は、委員会の名簿の更新に資するよう、入所申込みの継続意思、入所申込者及び介護者等の状況把握のため、原則年に一度調査を行なう。ただし、保険者又は県が行なう入所申込者に関する調査をもって、これにかえることができる。

(4) 入所の決定

- ①施設は、空床が生じた場合、入所順位名簿に基づいて判断した上で、入所申込者の意思確認を行い入所の決定を行なう。
- ②施設は、上記の入所の決定に際して、当該入所申込者に係る心身の状況、生活歴病歴の確認（面談）を居宅等に出向き行なう。

特別養護老人ホーム 入所申込書

申込日： 年 月 日

特別養護老人ホーム
施設長

様

入所申込者

ふりがな			性別	保険者	市・町	
氏名			男・女	被保険者番号		
生年月日	明・大・昭	年 月 日	要介護度		1・2・3・4・5	
認定有効期間	年 月 日 ~ 年 月 日			電話番号	()	
現住所	〒 -					

〔必要添付書類〕

- ①介護支援専門員等意見書（様式2） ②認定調査票（基本調査）（写）
③直近3ヵ月分のサービス利用票（写）及び別表（写）

申込代理者（申込者が本人でない場合は、下の欄も記入してください。）

氏名			入所申込者との続柄	
住所	〒 -		電話番号	()

上記入所申込者について、この入所申込書により入所を希望いたします。

なお、入所のための待機中に、貴施設以外の施設に入所が決定した場合、また要介護度や連絡先、介護の状況等について変更がありました場合は、速やかに貴施設に連絡いたします。

時 期	早急・年 月以降		申込予定： 貴施設のみ・他にも申込むヶ所（予定）			
現 況	☐ 1 自宅で一人で暮らしている。 ☐ 2 自宅で家族と暮らしている。 ☐ 3 老健等施設や病院に入っている。 ※「 ☐ 3 老健等施設や病院に入っている。」に“✓”を入れた場合は下記についても記入してください。 ☐ 施設名又は病院名： ☐ 入所又は入院時期： 年 月 日から入所・入院している。					
入所希望理由 (要介護3～5の方は、右記の該当項目を全て選んでください。)	☐ 1 施設入所により安心した生活を送りたい ☐ 2 寝たきりなどにより、食事、排泄、入浴等日常生活全般に介助が必要 ☐ 3 認知症などにより常時の見守り、介護が必要 ☐ 4 施設や病院等から退所を求められているが、自宅での生活が困難 ☐ 5 介護者がいない、介護者が入院等で介護できない ☐ 6 介護者が、高齢、疾病、育児、就労、別居等のため、介護が困難 ☐ 7 利用したい在宅サービスが十分でない（夜間訪問介護など） ☐ 8 介護保険の限度額を超える等、経済的負担が大きい ☐ 9 住宅が介護に適さない（狭い、改修不可など） ☐ 10 住宅環境が在宅サービス利用に適さない（立地・地形上など） ☐ 11 その他の理由（具体的にお書き下さい）					
特例入所該当理由 (要介護1又は要介護2の方は、右記の該当項目を全て選んでください。)	☐ 1 認知症・知的障害・精神障害等により常時の見守り・介護が必要 ☐ 2 介護者がなく、かつ、地域での介護サービスや生活支援が十分でない ☐ 3 介護者が、高齢、疾病、育児、就労、別居等のため介護が困難であり、かつ、地域での介護サービスや生活支援が十分でない					
主たる介護者	ふりがな		性別	本人との関係	生年月日	明・大・昭 年 月 日
	氏 名		男・女		電話番号	()
	同居の区分	☐ 同居している ☐ 別居している (住所：)				
	就労状況等	☐ 就業中 ☐ 育児 ☐ 高齢 ☐ 疾病 ☐ その他 ()				
	意見	【介護をしている上で困っている事等】				
同意書	・申込施設が担当の介護支援専門員や入所申込者の介護保険の保険者である市町（以下、保険者市町という。）から入所判定に必要な入所申込者等の情報を受けることに同意します。 ・入所申込者の入所判定や年1回県と保険者市町が合同で実施する特別養護老人ホーム入所申込状況調査や今後の保険者市町の施策の参考とするため、この申込書及び介護支援専門員等意見書の内容を保険者市町に報告することに同意します。					
	年 月 日		氏名			

記入日： 年 月 日

介護支援専門員等意見書

入所申込者(本人)氏名： _____

記載者

氏名： _____

所属： _____

職種： _____

電話： _____

※ この意見書は、入所申込時点で関わりのある介護支援専門員や施設・病院職員等の専門職（相談員・看護師等）や地域包括支援センターの職員等が入所申込者の現在の状況を、把握されている範囲でご記入ください。

(1) 認知症の周辺症状（認知症以外の疾患で同様の症状を認める場合を含む）

①発生頻度

☐非常に多い ☐時々ある ☐少しある・稀にある ☐なし

②症状(該当する項目全てにチェック)

☐幻視・幻聴 ☐昼夜逆転 ☐暴言暴行 ☐大声を出す ☐介護に抵抗
☐常時の徘徊 ☐火の不始末 ☐不潔行為 ☐異食行動 ☐自傷行為
☐性的問題行動 ☐その他()

(2) 主たる介護者・家族等の状況

- ☐身寄りがいない、もしくは家族等がいても疎遠であるなど介護者がいない。
- ☐介護者はいるが、地理的に離れているもしくは病院等に長期入院の状況にあり、十分な介護が困難。
- ☐介護者はいるが、他に介護や育児が必要な者がいる。
- ☐介護者はいるが、十分な介護が困難。(高齢・障害・疾病・就労・その他：)
- ☐介護者が近隣にいる。
- ☐同居の介護者がいる。(人)
- ☐その他 ()

(3) 主たる介護者の負担感

- ☐介護疲れがひどい
- ☐在宅サービスを利用しているが介護疲れがある
- ☐在宅サービスの利用にて順調
- ☐在宅サービスの利用ないが順調
- ☐殆ど関わっていない

(4) 在宅生活に支障がある状況

- ☐ 近くに在宅サービス事業者がなくその利用が困難。
☐ 十分なケア(ナイトケア等)が受けられない。
☐ 施設や病院から退所(院)を求められている。
☐ 介護保険の利用限度額を超えて在宅サービスを自費負担している等経済的理由。
☐ その他 ()

(5) 医療的処置の状況

- ☐ 経鼻経管栄養 ☐ 胃ろう又は腸ろう ☐ 在宅酸素 ☐ インシュリン
☐ 人工肛門 ☐ カテーテル ☐ その他 ()

(6) 障害者手帳の所持

① 知的障害

- ☐ 療育手帳の所持 ☐ あり ☐ なし
☐ 障害区分 ☐ A ☐ B 1 ☐ B 2

② 精神障害

- ☐ 精神障害者保健福祉手帳の所持 ☐ あり ☐ なし
☐ 障害区分 ☐ 1 級 ☐ 2 級 ☐ 3 級

(7) 特例入所の該当理由 (要介護 1 又は 2 と認定された入所申込者についてのみ記入)

- ☐ 認知症である者であって、認知症高齢者の日常生活自立度がⅡ b 以上であり、日常生活に支障を来すような症状・行動や意思の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すような症状・行動や意思の疎通の困難さ等が頻繁に見られること。
☐ 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。

(8) 特記事項(在宅または入院・入所先で生活継続が困難である理由等)

[]

特別養護老人ホーム 入所申込書

特別養護老人ホーム
施設長

様

申込日： 〇〇 年 ××月 △△日

入所申込者

ふりがな	ひょうご はなこ	性別	保険者	〇 〇	(市) ・ 町
氏名	兵庫 花子	男 女	被保険者番号	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9	
生年月日	明・大(市) 5 年 3 月 3 日		要介護度	1 ・ 2 ・ (3) ・ 4 ・ 5	
認定有効期間	〇〇年 △月 ×日 ~ 〇〇年 ×月 △日			電話番号	0 7 8 (×××) ××××
現住所	〒 6 5 0 - 0 0 0 0 〇〇市△△町×丁目〇-〇 □□マンション101				

〔必要添付書類〕

- ① 介護支援専門員等意見書（様式2） ② 認定調査票（基本調査）（写）
③ 直近3ヵ月分のサービス利用票（写）及び別表（写）

申込代理者(申込者が本人でない場合は、下の欄も記入してください。)

氏名	兵庫 一郎	入所申込者との続柄	夫
住所	〒 現住所と同じ。電話番号 ()		

上記入所申込者について、この入所申込書により入所を希望いたします。

なお、入所のための待機中に、貴施設以外の施設に入所が決定した場合、また要介護度や連絡先、介護の状況等について変更がありました場合は、速やかに貴施設に連絡いたします。

時 期	年 月 日		申込予定		貴施設のみ		他にも申込み		ヶ所 (予定)	
現 況	☐ 1 自宅で一人で暮らしている。 ☒ 2 自宅で家族と暮らしている。 ☐ 3 老健等施設や病院に入っている。 ※「 ☐ 3 老健等施設や病院に入っている。」に「 ☒ 」を入れた場合は下記についても記入してください。 ☐ 施設名又は病院名： ☐ 入所又は入院時期： 年 月 日から入所・入院している。									
入所希望理由 (要介護3～5の方は、 右記の該当項目を全て選んでください。)	☐ 1 施設入所により安心した生活を送りたい ☐ 2 寝たきりなどにより、食事、排泄、入浴等日常生活全般に介助が必要 ☒ 3 認知症などにより常時の見守り、介護が必要 ☐ 4 施設や病院等から退所を求められているが、自宅での生活が困難 ☐ 5 介護者がいない、介護者が入院等で介護できない ☒ 6 介護者が、高齢、疾病、育児、就労、別居等のため、介護が困難 ☐ 7 利用したい在宅サービスが十分でない(夜間訪問介護など) ☐ 8 介護保険の限度額を超える等、経済的負担が大きい ☐ 9 住宅が介護に適さない(狭い、改修不可など) ☐ 10 住宅環境が在宅サービス利用に適さない(立地・地形上など) ☐ 11 その他の理由(具体的に書き下す)									
特例入所該当理由 (要介護1又は要介護2の方は、 右記の該当項目を全て選んでください。)	☐ 1 認知症・知的障害・精神障害等により常時の見守り・介護が必要 ☐ 2 介護者がなく、かつ、地域での介護サービスや生活支援が十分でない ☐ 3 介護者が、高齢、疾病、育児、就労、別居等のため介護が困難であり、かつ、地域での介護サービスや生活支援が十分でない									
主たる介護者	ふりがな	ひょうご いちろう		性別	本人との関係		生年月日	明・大・昭 3年 1月 1日		
	氏 名	兵庫 一郎		男 女	夫		電話番号	078 (×××) ××××		
	同居の区分	☒ 同居している ☐ 別居している (住所：)								
	就労状況等	☐ 就業中 ☐ 育児 ☒ 高齢 ☐ 疾病 ☐ その他 ()								
意見	【介護をしている上で困っている事等】 息子夫婦が東京に住んでいるが、〇〇のため同居して介護をうけることができない。訪問介護サービスを受けているが、夜間は私が介護している。私自身も高齢がため、これ以上自宅で妻を介護することが困難になってきたので、施設で十分な介護を受けさせたい。									
同意書	・申込施設が担当の介護支援専門員や入所申込者の介護保険の保険者である市町(以下、保険者市町という。)から入所判定に必要な入所申込者等の情報を受けることに同意します。 ・入所申込者の入所判定や年1回県及び保険者市町が合同で実施する特別養護老人ホーム入所申込状況調査や今後の保険者市町の施策の参考とするため、この申込書及び介護支援専門員等意見書の内容を保険者市町に報告することに同意します。 ○○年 ○○月 ○○日 氏名 兵庫 一郎									

- ※1 「被保険者番号」「要介護度」「認定有効期間」：被保険者証の内容をご記入ください。

- ※2 「電話番号」：この入所申込に関し連絡を常にとることができる電話番号をご記入ください。

- ※3 必要添付書類の「介護支援専門員等意見書（様式2）」については、入所申し込み時点で関わりのある介護支援専門員に作成していただいています。
なお、施設・病院に入所・入院されていて、介護支援専門員の関わりがない場合には、施設・病院の相談員や看護師等の専門職や地域包括支援センターの職員等に作成していただいています。

- ※4 入所申込を本人ではなく家族等が行なう場合には、申込代理者の欄もご記入ください。

- ※5 「時期」：入所希望時期や申込予定施設の数をご記入ください。

- ※6 「現況」：該当するもの、いずれかひとつに“✓”を入れてください。

- ※7 施設や病院等に入所・入院中の場合は、施設名、ならびに入所・入院時期をご記入ください。

- ※8 「入所希望理由」：要介護3～5に該当する入所希望者について、該当するものに“✓”を入れてください。（複数でも可）

- ※9 「特例入所該当理由」：要介護1又は2に該当する入所希望者について、該当するものに“✓”を入れてください。（複数でも可）

- ※10 「主たる介護者」：主に介護を行なっている方についてご記入ください。

また、同居、別居のいずれかに“✓”を入れてください。
施設や病院等に3ヶ月以上の長期にわたり入所・入院の場合は、介護者の欄は空欄で結構です。
3ヶ月以内の入所・入院の場合は、自宅に居られ介護者がいるときには介護者をご記入ください。自宅に戻っても介護者がいない場合には空欄にしてください。
養護老人ホームや軽費老人ホームの入所者は、介護者の記入は不要です。

- ※11 「意見」：家庭で介護を続けることが困難な事情等を具体的にご記入ください。

- ※12 「同意書」：入所申込者、あるいは申込代理者が同意してください。
(代筆の場合は、代筆者の氏名を併記してください。)