お申込者各位

入所お申し込みの手続きについて

本日は入所お申し込みの手続きにお越し（ご連絡）いただきありがとうございます。「特養入所申込書」と併せて、第２シルバーコースト甲子園の「入所コーディネートマニュアルについて」を同封いたしますので、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書類添付書類を第２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いたします。受付印を押印し、控えをお渡しします。

なお、ご持参いただけない場合は、下記【お控え返送先記入欄】にお申込者の住所・名前をご記入の上、返信用切手の同封しお申し込みください。折り返し控えを郵送いたします。

【申し込み必要書類】

①入所申込書

②介護支援専門員等意見書

→申し込み時点のケアマネジャーに依頼ください。

施設・病院に入院されている方は相談員や看護師等の専門職に依頼ください。

③認定調査票（訪問調査結果確認表）（写し）

→西宮市高齢介護課　または　各市町村の窓口にてお受け取りください

④介護保険費保険者証・介護負担割合証（すべて写し）

⑤介護保険負担限度額認定証（持っている方のみ・写し）

⑥医療保険資格確認書（写し）

⑦直近3か月分のサービス利用表と別表（すべて写し）

→在宅サービス利用の方のみ必要です。担当ケアマネジャーに依頼ください

・・・・・・・・・・・・・・・・・キリトリ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・

【お控え返送記入欄】

住所　　〒

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏名　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

【入所申し込みから入所決定までの流れ】

①「特養入所申込書」の受付を行い、控えをお渡しします。

⬇

②兵庫県（神戸市を除く）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います。

⬇

③優先度が高いと判定された入所予定日のご自宅あるいは施設等に面接に伺います。
（現在の心身状態や生活状況の把握・当施設の概要やサービスの内容等の説明）

⬇

④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います。

【留意事項】

●入所の優先順位は、兵庫県老人福祉事業協力策定の「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のでご留意ください。

●お申し込み後のキャンセル・介護度の変更・住所等の変更等があった場合は必ずご連絡をお願いします。介護度の変更時は変更受付後、再判定を行います。

●当施設は、入所者120名中、9割以上が西宮市内の方となっております。

●医療対応の状況により、入所が難しいことがあります。
（酸素療法・インスリン・経管栄養者等）

●入所申し込み後、面談を終えた方でも、身体状態が大きく変化している場合、入所受け入れができない場合があります。

（様式１）

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
第２シルバーコースト甲子園　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）
④介護保険被保険者証・介護負担割合証・介護負担限度額認定証（写）⑤直近3ヵ月分のサービス利用票及び別表（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。）	□ 認知症である者であって、日常生活に支障を来すような症状・行動や意志疎通の困難さが頻繁に見られる。 □ 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・行動や意志疎通の困難さ等が頻繁に見られる。 □ 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。 □ 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。

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　　印

(様式２)

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　□B１　□B２

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)

（　　）

介護老人福祉施設・入所コーディネートマニュアル

平成14年10月25日
改正　平成22年４月１日
改正　平成27年４月１日

１　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であって特例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　特例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）認知症がある者であって、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）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。

４　入所決定までの手続き等

（１）事前相談

入所希望者は、最もふさわしいサービスを選択することができるよう、入所申込みに先立ち、介護サービスに関する相談窓口や介護支援専門員等へ事前に十分相談を行う。

（２）入所申込み

ア　特養に入所を希望する場合には、原則として本人が入所申込みを行う。

イ　本人以外の者が申込みを行う場合には、各施設において入所希望者本人の意思（確認できない場合は、介護支援専門員等の意見）を確認する。

ウ　入所申込みは、様式１（特別養護老人ホーム入所申込書）及び様式２（介護支援

専門員等意見書）並びに認定調査票（基本調査）の写し、直近３カ月分のサービス利用票の写し及び同票別表の写しを添付した書類(以下「申込書」という。）により行う（サービス利用票の写し及び同票別表の写しの添付を要するのは、在宅サービス利用者に限る。）。

（３）変更の届出

入所申込みを行う者（以下「入所申込者」という。）は、入所申込後、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、変更届を提出する。

（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い、理解を得られるよう努めることとする。

（５）要介護１又は２の入所申込者が特例入所の要件に該当するか否かの判断

要介護１又は２である者の入所申込みがあった場合、施設は当該入所申込者について（別紙）評価基準に基づき評価を行い、(別紙)評価基準による評価点数が６５点以上の場合、下記（６）にある市町への意見照会を経ずに、施設が当該入所申込者について特例入所の要件に該当すると判断することができる。

（６）特例入所の要件に該当するか否かに係る介護保険の保険者である市町(以下、「市町」という。)への意見照会

上記（５）の判定で、点数が６５点未満となったが、当該入所申込者について施設が特例入所の要件に該当するか否かを評価できないと判断した場合には、施設は市町に対して報告を行うとともに、当該入所申込者が特例入所対象者に該当するか否かを判断するにあたって、様式１（特別養護老人ホーム入所申込書）及び様式２（介護支援専門員等意見書）の写しを添えて市町に文書で意見を求める。

５　市町の協力

（１）認定調査関係情報の提供

市町は、特養への入所申込みのために本人、本人が属する世帯の世帯主又は法定代理人から認定調査票（基本調査）の写しの提供を求められた場合は、市町における個人情報の取り扱い規定等に基づき、本人の要介護度その他厚生省令基準第７条に規定する特養入所者の要件（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者）を確認した上で、円滑な入所手続きに資するため、認定調査票（基本調査）の写しを提供する。

ただし、状況確認の結果、特養入所申込みに関して疑義が生じた場合は、当該者を担当する介護支援専門員又は地域包括支援センター若しくは居宅介護支援事業所に連絡し、協議したうえで対応を決定することとする。

（２）特例入所の要件に該当するか否かに係る市町の意見表明

４の（６）により、施設から入所申込者が特例入所の要件に該当するか否かの意見の求めを受けた場合、市町は、地域の居宅サービスや生活支援などの提供体制に関する状況や、担当の介護支援専門員からの居宅における生活の困難度の聴取の内容なども踏まえ、意見を求められた日から原則 15 日以内に施設に対して文書で意見を表明しなければならない。なお、必要に応じて、入所検討委員会に出席して直接意見を表明することを妨げないものとする。

６　入所を決定する際の手続き

（１）評価基準

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)評価基準のとおりとし、施設は、その評価基準に基づき、評価点数の高い順、点数が同じ場合は申込み順で、順位を決定するものとする。

（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う。

ア　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、機能訓練指導員、介護支援専門員等で構成する。なお、委員会には、必要に応じて、第三者委員(当該法人の評議員等)を加えることが望ましい。

イ　委員会は、原則として、月１回程度開催する。

ウ　委員会は、評価基準及び次の（ア）から（オ）に掲げる入所決定に係る個別事情、特例入所に係る市町への意見照会を行なった入所申込者については市町からの意見等を勘案して、入所申込者の優先順位を決定する。

（ア）性別(部屋単位の男女別構成)

（イ）ベッドの特性(認知症専門床等)

（ウ）地域性(入所後の家族関係の維持等)

（エ）施設の専門性(認知症対応や医療的ケア体制等の充実を図っているなど)

（オ）その他特別に配慮しなければならない個別の事情(日常生活で常時の見守りが必要である、又は、認知症を原因とする問題行動があるために、介護者の日常生活に支障があり入所の緊急性が認められる場合等)

なお、ショートステイ床を利用した特別な事由による入所（※）についても委員会で決定する。

※介護が必要な高齢者のうち、入所の緊急性が高い場合に特別養護老人ホーム定員の５％の範囲内で、ショートステイ床を利用して入所できる方法。

（３）入所順位名簿の登載・更新

ア　委員会で決定した入所申込者について、入所順位名簿（以下「名簿」という。）に登載し、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　次項（４）に掲げる入所申込者の定期調査や直近に把握した事情等を踏まえて、適正に名簿の更新（順位の見直しを含む。以下同じ。）を行うよう努めなければならない。

（４）定期調査の実施

入所申込みの継続意思並びに入所申込者及び介護者等の状況把握のため、原則として年に一度調査を行う。ただし、保険者又は県が行う入所申込者に関する調査（依頼を受けて施設が行うものを含む。以下同じ。）をもってこれにかえることができる。

調査実施に際しては、名簿に記載されている者から次の者を調査対象者から除くことができることとする。

ア　入所決定された者や辞退・死亡等により削除された者

イ　入所申込から６月を経過していない者

ウ　入所申込の意思及び入所申込者等の状況が明確な者

エ　その他申込者調査の必要のない者

（５）入所の決定

ア　施設は、空床が生じた場合、名簿及び下記イの確認に基づいて受入条件（認知症の程度、男女の別、その他施設の処遇方針など）を判断した上で、入所申込者の意思確認を行い、入所者の決定を行う。

イ　施設は、上記アの入所の決定に際して、入所申込者に係る居宅介護支援事業者等に対し、厚生省令基準第７条第３項に基づく当該者の心身の状況、生活歴、病歴、指定居宅サービス等（介護保険法第８条第２３項に規定する指定居宅サービス等をいう。）の利用状況等の確認を行う。

（６）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　申込者等から求められた場合、記録を公表する。

ウ　入所申込状況を兵庫県老人福祉事業協会（以下「県老協」という。）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。

７　特別な事由による入所

次にあげる場合においては、このマニュアルに定める手続きによらずに入所を決定することができる。なお、マニュアルによらずに入所決定した場合は、その後、直近に開催する委員会に報告するとともに、委員会の記録にその旨記載すること。

（１）　老人福祉法第１１条に定める措置委託の場合

（２）　災害時その他の特に緊急を要するため委員会を開催する時間的余裕がない場合

（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場合

８　関係機関による助言

県老協、市町及び県は、このマニュアルの運用について、施設に対し必要な助言を行う。

９　マニュアルの適用等

（１）このマニュアルは、兵庫県内（神戸市を除く。）に所在する特養に適用する。

（２）マニュアルを改正する必要が生じた場合は、所要の見直しを行う。

（３）改正後のマニュアルの適用に際しては、現に存する改正前の規定による申込書については、変更の届け出があるまでの間、その効力を有する。

（別紙）　　評　価　基　準

<table>
<tr><th>項　目</th><th>評　価　基　準</th></tr>
<tr><td>①本人の状況
（５０点）</td><td>要介護度及び認知症の状態に応じた評価
<table>
<tr><th>要介護度</th><th>点数評価</th></tr>
<tr><td>５</td><td>50</td></tr>
<tr><td>４</td><td>45</td></tr>
<tr><td>３</td><td>40</td></tr>
<tr><td>２（認知症等あり）</td><td>30</td></tr>
<tr><td>２（認知症等なし）</td><td>25</td></tr>
<tr><td>１（認知症等あり）</td><td>20</td></tr>
<tr><td>１（認知症等なし）</td><td>15</td></tr>
</table></td></tr>
<tr><td>②介護の必要性
（３０点）</td><td>在宅サービス又は施設サービスの利用状況による評価
<table>
<tr><td rowspan="5">在宅サービス利用</td><td>８割以上</td><td>30</td></tr>
<tr><td>６割以上８割未満</td><td>25</td></tr>
<tr><td>４割以上６割未満</td><td>20</td></tr>
<tr><td>２割以上４割未満</td><td>15</td></tr>
<tr><td>２割未満</td><td>10</td></tr>
<tr><td rowspan="3">施設利用</td><td>２年以上</td><td>15</td></tr>
<tr><td>１年以上２年未満</td><td>10</td></tr>
<tr><td>６月以上１年未満</td><td>5</td></tr>
</table></td></tr>
<tr><td>③在宅介護の困難性
（２０点）</td><td>在宅での介護の状況による評価
身寄りや介護者が誰もいない　20
主たる介護者が病気等で長期入院　20
主たる介護者が高齢又は障害者等で介護困難※　15
複数の要介護者がいるため介護負担が大きい※　15
主たる介護者が就業・育児により介護困難※　10
その他の理由により介護困難な場合（住環境の問題等）　5
（※の項目が２以上該当するときの合計配点）　20</td></tr>
</table>

注１　認知症等あり：認知症高齢者の日常生活自立度の判定基準におけるⅡb ランク以上の者
療育手帳・精神障害者保健福祉手帳等の交付を受けている者

注２　在宅サービス利用：サービス利用票別表に基づく算定
（１）利用割合の算定式：サービス利用（単位合計）÷区分支給限度基準額（単位）
（２）対象サービス：訪問介護、訪問入浴介護、訪問看護、訪問リハビリテーション、通所介護、通所リハビリテーション、短期入所生活介護、短期入所療養介護、福祉用具貸与、認知症対応型通所介護、夜間対応型訪問介護、小規模多機能型居宅介護、定期巡回・随時対応型訪問介護看護、複合型サービス（看護小規模多機能型居宅介護）

注３　施設利用：特養（地域密着型特養を含む。）、介護老人保健施設、介護療養型医療施設、病院、認知症対応型共同生活介護、特定施設入居者生活介護（地域密着型特定施設を含む。）

【記載例】

特別養護老人ホーム　入所申込書

申込日：　平成　〇〇　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	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	0123456789	
生年月日	明・大・(昭)　5　年　3月　3日		要介護度	1・2・(3)・4・5	
認定有効期間	平成〇〇年　△月　×日　～　〇〇年　×月　△日		電話番号	078　(×××)××××	
現住所	〒　650　－　0000 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	(早急)・平成　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	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。私自身も高齢がちで、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。 平成　〇〇　年　〇〇　月　〇〇　日　　氏名　兵庫　一郎　印					

※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ください。

※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・入院中の場合は、介護者の欄は空欄で結構です。
３ヶ月以内の入所・入院中の場合は、自宅に戻れば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。）