



6：本人の状況について、ご記入ください。

1.認知症の状況 (有・無) 認知症日常生活自立度 (自立 I IIa IIb IIIa IIIb IV M) 認知症の具体的症状 ( )
2.居宅サービスの利用状況 □ 担当のケアマネがいる (事業所名: ) サービス内容、頻度( )
3.知的障害、精神障害等の状況(※該当する場合は、手帳の写しを添付) 手帳の交付 (有・無) 障害名、等級( )
4.胃ろう、人工肛門、カテーテル、在宅酸素、インシュリン注射、たんの吸引、褥瘡の処置、 その他( )等の医療的ケアを要する。

7：介護者等の状況

主たる介護者状況で、該当する項目1つにチェックし、必要事項を記載してください。

1. ひとり暮らしで、介護者がいない。

2. 介護者が要介護状態、病気療養中又は障害を有することにより介護が困難  
要介護状態区分:( ) 病気療養中:( ) 障害の等級等( )  
介護が困難な状況:

3. 介護者が要支援状態又は高齢であることにより介護が困難  
要支援状態区分:( 1 ・ 2 ・ 事業対象者 ) 年齢:( ) 歳)  
介護が困難な状況:

4. ひとり暮らしで、介護者がいるが、日常的に介護を受けることが困難  
介護が困難な状況:

5. 複数人を介護しているため、介護が困難  
申込者以外の介護の状況

6. 介護者が就労をしているため、介護が困難  
就労の状況 (週 回)(1日当たり 時間) (夜勤: 有 無)

7. 介護者が育児をしているため、介護が困難  
育児の状況 (育児の対象 歳児) (育児の頻度: 常時 半日程度 臨時的)

8. 上記以外の状態で介護が困難  
介護が困難な状況:

8：施設入所の状況(該当する施設に入所している場合に記載)

1. 養護老人ホーム、軽費老人ホーム、住宅型有料老人ホーム、  
サービス付き高齢者向け住宅、法令で定めるその他の福祉施設(介護付きの施設は 2 へ)  
施設名:  
入居年月日: 退所希望の有無:

2. 特別養護老人ホーム、介護老人保健施設、介護療養型医療施設、グループホーム、  
1 のうち介護付きの施設、病院  
施設名:  
入居年月日: 退所希望の有無:

9：要介護1又は2の方のみご回答ください。

特例 入所 要件	(複数 回答可)	<input type="checkbox"/> 認知症であることにより、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、在宅において日常生活を営むことが困難である。
		<input type="checkbox"/> 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、在宅において日常生活を営むことが困難である。
		<input type="checkbox"/> 家族等による深刻な虐待が疑われる等により、心身の安全・安心の確保が困難。
		<input type="checkbox"/> 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。
		<input type="checkbox"/> 居宅等の利用に関する状況等から、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。→表面5に詳細を記入してください。

※ 医師の診断書等の書類提出を求める場合があります。

※特別養護老人ホーム入所申込者状況票(第2号様式)も記入をお願いします。

※施設記載欄					
<input type="checkbox"/> 新規登録 <input type="checkbox"/> 更新 <input type="checkbox"/> 削除[事由 <input type="checkbox"/> 逝去 <input type="checkbox"/> 取下 <input type="checkbox"/> 期限切 <input type="checkbox"/> 他 ]	登録日	受付施設 相談員	受付施設 管理者	登録施設 相談員	登録施設 管理者