

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(※1)						
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。						

【添付書類】

3に該当する場合は、手帳の写し(※1)

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	(該 当 す る □ に チ ェ ッ ク 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へも記入願います ⇒ 別紙

※施設記載欄					
<input type="checkbox"/> 新規登録 <input type="checkbox"/> 更新	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
<input type="checkbox"/> 削除[事由 □逝去□取下□期限切 □他]					