

# 江東区特別養護老人ホーム 入所申込書（記入例）

## 相談及び申込先

◎ 江東区役所 福祉部 介護保険課 庶務係(持参もしくは郵送受付可)  
〒135-8383 江東区東陽4-11-28 03(3647)9329

◎ お住いの地域を担当する各長寿サポートセンター（持参のみ受付可）  
📞長寿サポートセンターの一覧（江東区ホームページ QR コード）



特別養護老人ホーム入所申込書（兼変更届）

記入例

特別養護老人ホーム施設長 殿

〇〇年 〇月 〇日

ふかがわ はなこ  
 申込者 氏名 深川 花子  
 (主要連絡先)

入所希望者との

関係(続柄) 長女

〒135-8383  
 住所 江東区東陽4-11-28

(携帯) 090-1000-△△△△  
 電話番号(自宅) 03-0000-△△△△

入 所 希 望 者	ふりがな	こうとう たろう		性	男	生年月日	大正 昭和 平成		20年 1月 2日 (80歳)					
	氏名	江東 太郎		性別	男・女									
	住所	江東区 北砂△丁目 △番 △-203号( 方)							江東区在住期間	3年				
	電話	03(0000)△△△△												
	要介護度	3		認定の有効期間	令和 〇〇年〇月〇日から			令和 △△年△月△日まで						
	介護保険被保険者番号	0	0	0	0	1	2	3	4	5	6	初めて要介護度3以上になった時	平成 令和	年 月 日
	現在の居場所	在宅・病院(医療・介護)・老人保健施設・有料老人ホーム・グループホーム・その他( )												
	希望施設	いずれか1つのみにチェックを入れてください。 ※注意 区内希望施設の入所を辞退した場合は、「取下げ」の扱いとなり、再度申請の手続きが必要になります。 <input type="checkbox"/> 指定無 <input type="checkbox"/> 区内のみ希望 <input checked="" type="checkbox"/> 希望施設を特定 <input type="checkbox"/> 指定無(個室除く) <input type="checkbox"/> 区内のみ希望(個室除く) (複数施設の希望可) <input type="checkbox"/> 区内のみ希望(個室のみ) 施設名を記入してください。 (施設名 〇〇園、△△苑、◇◇ホーム ※すべて個室のみ ) 健康保険 後期高齢者医療保険・国民健康保険・社会保険(本人・被扶養)・生活保護・その他( )												

連絡先(申込者以外の方で区役所及び特別養護老人ホームからの連絡が取れる親族、後見人等を必ずご記入ください。)

ふりがな	こうとう いちろう	続柄	住所	〒135-0000	電話
氏名	江東 一郎	長男	東京都江東区〇-△-□	東京	(携帯) 090-1020-△△□□ (自宅) 03-1020-△△□□
ふりがな	しらかわ けいこ	続柄	住所	〒272-△△□□	電話
氏名	白河 恵子	長女	千葉県市川市〇-△-□	千葉	(携帯) 090-1010-△△□□ (自宅) 042-102-△△□□
ふりがな	こうとう じろう	続柄	住所	〒366-△△□□	電話
氏名	江東 次郎	次男	埼玉県深谷市〇-△	埼玉	(携帯) 090-1030-△△□□ (自宅) 048-102-△△□□

連絡がとれるケアマネジャー <input checked="" type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない	ケアマネジャー氏名 豊洲 珠子	事業者名 ××××	電話 03-2020-△△□□
--	--------------------	--------------	--------------------

私は、この申込書及び「いる」にチェックした場合は連絡がとれるケアマネジャーの氏名、事業者名、連絡先を必ずご記入ください。特養入所状況に係る調査に提供すること並びに入所希望者との調査することに同意いたします。  
 また、この申込書及び別紙調査票の記入内容に虚偽があった場合は、この申込を無効とされても異議ありません。

入所希望者氏名 江東 太郎 代筆者氏名・続柄 深川 花子・長女

要介護 3～5の方が原則となりますが、要介護 1 又は 2 であっても、特例入所要件に該当する方はお申込できます。

※要介護 1 又は 2 の場合は、申込書と一緒に特例入所要件該当申告書をご提出ください。

- ・入所申込には介護保険被保険者証の写しが必要です。
- ・ボールペン（黒）で記入をお願いいたします。
- ・日付は区役所（庶務係）、各長寿サポートセンターに申し込みされる日をご記入ください。

（申込者）

申込者（主要連絡先）は入所希望者（本人）、後見人、もしくは親族等になります。

※パートナーシップ・ファミリーシップ関係にある方も申し込み可能です（受領証明書等写しの提出要）。

※知人、友人やケアマネジャーは、申込者にはなれません。

申込者（主要連絡先）には主な連絡窓口になる方（案内等の送付先）をご記入ください。

電話番号は日中の連絡先をお願いします（携帯電話可）。

（江東区在住期間）

住所を江東区に登録した日を起算点とします。不明な場合、もしくは区外在住の場合は記入不要です。

（要介護度）

介護保険被保険者証にて、現在の要介護度（1～5）と認定の有効期限をご確認ください。

更新や区分変更の手続をされている場合には、手続前の要介護度をご記入ください。

（現在の居場所）

入院（入所）先が江東区外の時には、所在地（〇〇区、〇〇県〇〇市）もご記入ください。

（希望施設）

特別養護老人ホームの名称や場所は、特別養護老人ホームのご案内をご参照ください。

いずれか一つに必ずチェックをお願いいたします。

- |             |  |
|-------------|--|
| ・ 指定無       | 青梅市、八王子市など含め、施設を限定しない時                             |
| ・ 区内のみ希望    | 江東区内の施設を希望の時                                       |
| ・ 希望施設を特定する | 希望する施設がある時 は「施設名」欄に希望施設を記載（複数可）<br>※個室のみ、個室除くの指定も可 |

（連絡先）

申込者に連絡が取れない時、次の連絡先とさせていただきます。

（入所希望者氏名および代筆者氏名）

説明文に同意された場合、原則ご本人の自署が必要です。

ご本人が記入できない場合には、申込者の代筆でも承ります。

特別養護老人ホーム入所希望者調査票

1 入所希望者の状況

(1) 日常生活動作 (入所希望者氏名 江東 太郎)

食 事	<input type="checkbox"/> 自立 <input checked="" type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
①形 態	主食： <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 粥 <input type="checkbox"/> ペースター <input type="checkbox"/> その他( ) 副食： <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 粥 <input type="checkbox"/> ペースター <input type="checkbox"/> その他( )
②状 態	<input type="checkbox"/> 口から食べられる <input type="checkbox"/> 口から食べられない
③飲み込み	<input type="checkbox"/> むせがけ <input type="checkbox"/> むせがけなし
④所要時間	<input checked="" type="checkbox"/> 30分未満 <input type="checkbox"/> 30分以上 <input type="checkbox"/> その他( )
排 泄	<input type="checkbox"/> 自立 <input checked="" type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
①尿 意	<input checked="" type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> 時々ある <input type="checkbox"/> ない
②便 意	<input checked="" type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> 時々ある <input type="checkbox"/> ない
③オムツ等の種類	<input type="checkbox"/> 綿パン <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> オムツ
入 浴	<input type="checkbox"/> 自立 <input checked="" type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
歩 行	<input type="checkbox"/> 自立 <input checked="" type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
①状 態	<input type="checkbox"/> 安定 <input checked="" type="checkbox"/> ふらつきがある <input type="checkbox"/> 常に不安定 <input type="checkbox"/> 寝たきり
②立ち上がり	<input checked="" type="checkbox"/> 安定 <input type="checkbox"/> 不安定 <input type="checkbox"/> 不可
③補助具	<input checked="" type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 装具 <input type="checkbox"/> 車椅子(介助・自操)
睡 眠	<input checked="" type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 眠れないことが多い <input type="checkbox"/> 不眠 <input type="checkbox"/> 眠剤( )
着 替 え	<input type="checkbox"/> 自立 <input checked="" type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
聴 力	<input checked="" type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 聞こえにくい(□補聴器使用) <input type="checkbox"/> 聞こえない(□右・□左)
視 力	<input type="checkbox"/> 普通 <input checked="" type="checkbox"/> 見えにくい(□眼鏡使用) <input type="checkbox"/> 見えない(□右・□左)
会 話	言語(発音) <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 聞き取りにくい 話の理解 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 聞き取りにくい
金銭管理	<input type="checkbox"/> 自分でできる <input checked="" type="checkbox"/> 一部援助が必要 <input type="checkbox"/> できない 管理方法 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> 施設職員 <input type="checkbox"/> 後見人 <input type="checkbox"/> ケースワーカー <input type="checkbox"/> その他
服 薬 (薬の飲み方)	<input type="checkbox"/> 自立 <input checked="" type="checkbox"/> (声かけ・見守り)が必要 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 服薬方法( )
嗜好品等	喫煙 <input type="checkbox"/> 喫煙 <input type="checkbox"/> 禁煙 飲酒 <input type="checkbox"/> 飲酒 <input type="checkbox"/> 禁酒

(2) 既往歴及び現在の通院又は入院状況

傷病名	病院名	入院又は通院期間及び通院頻度 (例)〇年〇月〇日～〇年〇月〇日入院、〇週間に〇回通院
脳梗塞	△□病院	平成30年2月～平成31年4月
高血圧	江東〇□診療所	令和元年〇月～ 週2回通院
認知症	〇△病院	令和5年〇月～ 月3回通院

## (3) 認知症の状況 (入所希望者氏名 江東 太郎)

認知症	<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 (該当する項目に各々1か所チェックしてください。)		
	意志の伝達	<input type="checkbox"/> できる <input checked="" type="checkbox"/> 時々できる	<input type="checkbox"/> ほとんどできない <input type="checkbox"/> できない
	直前に何をしようとしたかを思い出すことが	<input type="checkbox"/> できる <input checked="" type="checkbox"/> できない	
	生年月日	<input type="checkbox"/> できる <input checked="" type="checkbox"/> できない	
	自分の名前	<input checked="" type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない	
	物を盗られたなど被害的になることが	<input type="checkbox"/> ない <input checked="" type="checkbox"/> 時々ある	<input type="checkbox"/> ある
	実際にはないものが見えたり聞こえたり		
	することが	<input type="checkbox"/> ない <input checked="" type="checkbox"/> 時々ある	<input type="checkbox"/> ある
夜眠らないあるいは昼夜逆転が	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 時々ある	<input checked="" type="checkbox"/> ある	
物を集めたり無断で持ってくるものが	<input type="checkbox"/> ない <input checked="" type="checkbox"/> 時々ある	<input type="checkbox"/> ある	
介護に抵抗することが	<input type="checkbox"/> ない <input checked="" type="checkbox"/> 時々ある	<input type="checkbox"/> ある	
行動・心理症状 (BPSD) 「有」の場合は、頻度や程度を記入	a. 攻撃的行為 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有		
	おむつ交換時に介護者を叩く 月 1 回介護者に対して物を投げる		
	b. 大声 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有		
	2 回に 1 回は夜中に理由もなく大声を出している		
	c. 徘徊 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有		
	d. 不潔行為 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有		
おむつの中に手を入れて大便を出してしまうことがほぼ毎日ある。			
その他、異食、自傷行為、性的問題行動等があれば具体的に記入			

## (4) その他

医療行為 (該当する項目を全てチェックしてください。)	<input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 経鼻栄養 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 腸造瘻 <input type="checkbox"/> インシュリン注射 <input checked="" type="checkbox"/> 床ずれ <input type="checkbox"/> 吸引 <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> 人工透析 <input type="checkbox"/> 尿管カテーテル <input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> その他 ( ) <input type="checkbox"/> 特になし (服薬のみを含む。)		
住 宅 状 況	<input checked="" type="checkbox"/> 住居がある <input type="checkbox"/> 大入院中又は入所中であり、住居を引き払った又は処分したことにより戻す家がない <input type="checkbox"/> 住居からの立退きを迫られている (立退き期限: 年 月頃) <input type="checkbox"/> その他 ( )		
本人の入所意志	<input checked="" type="checkbox"/> 入所を希望している <input type="checkbox"/> 入所を希望していない <input type="checkbox"/> 意志が確認できない <input type="checkbox"/> 意志を確認していない <input type="checkbox"/> その他 ( )		
入 所 希 望 時 期	<input checked="" type="checkbox"/> 早期に入所したい <input type="checkbox"/> ( ) 年 ( ) 月以降に入所したい ※希望された時期の入所を約束するものではありません。		
収 入 状 況	年額約 円位	<input type="checkbox"/> 課税世帯 <input type="checkbox"/> 非課税世帯	

本人の収入についてご記入ください  
(概算で構いません、不明の場合は  
空欄でも可)

課税されているか不明の場合は空欄で構いません

2 介護者の状況 (入所希望者氏名 江東 太郎 )  
(配偶者、子、孫、兄弟姉妹、同居の親族等)

主たる介護者の状況	氏名 深川 花子 続柄 ( 長女 ) 昭和〇△年 〇月 △日生
	<input type="checkbox"/> 同居 <input checked="" type="checkbox"/> 別居 *別居の場合は、住所及び電話番号を記入 住所 江東区東陽4-11-28 電話 03 ( 3647 ) 〇△〇〇
	介護者の就労等の状況 就労して ( <input checked="" type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない)
	就労状況 週 5 日 (1日の勤務時間 平均 時間)
	介護者の健康状態 <input checked="" type="checkbox"/> 健康である <input type="checkbox"/> 病気、障害等のため 病名、障害名等 病院名、通院状況〇△〇〇等
	要介護認定又は障害者手帳の有無 ( <input type="checkbox"/> 無・有) 要介護状態区分 ( ) 障害者手帳の種類 ( ) 手帳、等級 ( )
介護補助者の状況	主たる介護者以外で介護している方を記入してください。 氏名 江東 一郎 続柄 ( 長男 ) 昭和〇△年 〇月 △日生 <input type="checkbox"/> 同居 <input checked="" type="checkbox"/> 別居 *別居の場合は、住所及び電話番号を記入 住所 江東区〇-△-□ 電話 03 ( 〇〇〇〇 ) △△△△
	介護補助者の就労等の状況 就労して ( <input type="checkbox"/> いる <input checked="" type="checkbox"/> いない)
	就労状況 週 日 (1日の勤務時間 平均 時間)
	介護補助者の健康状態 <input type="checkbox"/> 健康である <input checked="" type="checkbox"/> 病気、障害等のため介護に支障がある 病名、障害名等 病院名、通院状況等 <input type="checkbox"/> 〇病 〇△病院 1週間に〇回
	要介護認定・障害者手帳の有無 ( 無 ・ 有 ) 要介護の区分 ( ) 障害者手帳の種類 ( ) 手帳、等級 ( )
	入所希望者以外に介護が必要な方を記入してください。 ふりがな こうとう ふなこ 氏名 江東 船子 入所希望者との関係 (続柄) ( 妻 ) 生年月日 昭和20年 4月 1日 ( 江東区北砂△-△-△-203 ) <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳1～3級 <input type="checkbox"/> 愛の手帳1～4度 <input type="checkbox"/> 障害者手帳1・2級 <input type="checkbox"/> 要支援1・2 <input checked="" type="checkbox"/> 要介護1～5 (※特別) <input type="checkbox"/> 家庭で保育されている就学前の乳幼児 <input type="checkbox"/> その他 ( )

3 その他特別な事情 \*上記以外に特別な事情があればご記入ください。

--

記入者氏名 深川 花子

下記を参考にしてください。

（主たる介護者の状況）

主たる介護者は、要介護者の日常生活を支援し、必要な介護サービスを調整する役割を担っている方を指します。

病気、障害等のため介護に支障がある方は、病名と通院先、通院の頻度（週〇回、月〇回）とご記入ください。

身体障害者手帳、精神障害者保健福祉手帳、愛の手帳や要介護認定がある方は、ご記入ください。

※記載内容を証明する障害者手帳、介護保険被保険者証等の写しをご提出ください。

※パートナーシップ・ファミリーシップ関係にある方が介護者となる場合は、パートナーシップ受領証明書等の写しをご提出ください。

（介護補助者の状況）

主たる介護者以外に介護を手伝っている方をお願いいたします。

病気、障害等のため介護に支障がある方は、病名と通院先、通院の頻度（週〇回、月〇回）とご記入ください。

身体障害者手帳、精神障害者保健福祉手帳、愛の手帳や要介護認定がある方は、ご記入ください。

※記載内容を証明する障害者手帳、介護保険被保険者証等の写しをご提出ください。

※パートナーシップ・ファミリーシップ関係にある方が介護補助者となる場合は、パートナーシップ受領証明書等の写しをご提出ください。

（介護等を要する方）

本人若しくは介護者の親族で、介護等が必要な方をご記入ください。

但し、遠方にいる等で実際には介護していない親族や、特養等施設に入所中の親族は対象外とします。

介護等を要する方が2人以上いる場合は「介護等を要する方」に1人目の詳細を、「3. その他特別な事情」に2人目以降の詳細をご記入ください。

※記載内容を証明する障害者手帳、介護保険被保険者証等の写しをご提出ください。

※パートナーシップ・ファミリーシップ関係にある方が介護等を要する方となる場合は、パートナーシップ受領証明書等の写しをご提出ください。

（記入者氏名）

入所申込書を記入された方の氏名をご記入ください。