

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

○○年 ○月 ○日

ふかがわ はなこ
 申込者 氏名 深川 花子
 (主要連絡先) 関係(続柄) 長女

⑩135-8383
 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 氏名	こうとう たろう 江東 太郎			性別 男・女	生年月日 大正 昭和 平成	20年 1月 2日 (80歳)			
	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 ○○年○月○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) 施設名を記入してください。			
□ 区内のみ希望(個室のみ) (施設名 ○○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 氏名	こうとう いちろう 江東 一郎	続柄 長男	住所 〒135-0000 東京都江東区○-△-□	電話 (携帯) 090-1020-△△□□ (自宅) 03-1020-△△□□
ふりがな 氏名	しらかわ けいこ 白河 恵子	続柄 長女	住所 〒272-△△□□ 千葉県市川市○-△-□	電話 (携帯) 090-1010-△△□□ (自宅) 042-102-△△□□
ふりがな 氏名	こうとう じろう 江東 次郎	続柄 次男	住所 〒366-△△□□ 埼玉県深谷市○-△	電話 (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 XXXX	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、
 すること並びに入所相
する特養入所状況に係る調査に提供
 事業者名、連絡先を必ずご記入ください
 また、この申込書及び別紙調査票の記入内容に虚偽があつた場合は、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、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（○○区、○○県○○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）
※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"/> 固め <input type="checkbox"/> 流し食 <input type="checkbox"/> その他() 副食 : <input type="checkbox"/> 「自立」:本人がスプーンなどで少しづつ食べることができる <input type="checkbox"/> 「一部介助」:ほとんど自分で食べているが、途中で食べることを止めたり、一部残してしまう時に家族やヘルパーが食べさせている <input type="checkbox"/> 「全介助」:家族やヘルパーが食事全般の対応をしている(経鼻栄養、胃ろう含む)
②状 態	<input type="checkbox"/> 口から出さない <input type="checkbox"/> 「一部介助」:ほとんど自分で食べているが、途中で食べることを止めたり、一部残してしまう時に家族やヘルパーが食べさせている <input type="checkbox"/> 「全介助」:家族やヘルパーが食事全般の対応をしている(経鼻栄養、胃ろう含む)
③飲み込み	<input type="checkbox"/> むせない <input type="checkbox"/> 「一部介助」:ほとんど自分で食べているが、途中で食べることを止めたり、一部残してしまう時に家族やヘルパーが食べさせている <input type="checkbox"/> 「全介助」:家族やヘルパーが食事全般の対応をしている(経鼻栄養、胃ろう含む)
④所要時間	<input checked="" type="checkbox"/> 30分未満 <input type="checkbox"/> 30分以上 <input type="checkbox"/> 1時間以上 <input type="checkbox"/> 2時間以上
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"/> 間違え <input type="checkbox"/> ない
②便 意	<input checked="" type="checkbox"/> ある
③オムツ等 の種類	<input type="checkbox"/> 綿パン <input type="checkbox"/> 「全介助」:オムツが必要な方(夜間のみ含む) <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> 排泄の感覚があれば、尿意と便意は「ある」になります <input type="checkbox"/> オムツの種類は該当するものに全てチェックしてください
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 話の理解	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 年齢による状態低下は、聞こえにくく、見えにくくなります。 <input type="checkbox"/> で <input type="checkbox"/> 聞こえない、見えないとは、聴覚や視覚障害1、2級同等の状態になります
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"/> 飲酒 <input type="checkbox"/> 「声かけ・見守りが必要」とは家族やヘルパーが見守りながら自分で薬を飲める方 <input type="checkbox"/> 「一部介助」とは薬や水を口まで運ぶことができないが、飲み込みはできる方

(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)○年○月○日～○年○月○日入院、○週間に○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○□診療所	令和元年○月～ 週2回通院
認知症	○△病院	令和5年○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 直前に何を言つても思い出すことが <input type="checkbox"/> できる <input checked="" type="checkbox"/> できない			
	医師の診断を必要としません <input type="checkbox"/> できる <input checked="" type="checkbox"/> できない ご家族の判断で構いません <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いくことが <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			
	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		
「有」にチェックした場合は必ず頻度や程度をご記入ください				
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"/> 腸外栄養 <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"/> その他 () <input type="checkbox"/> 特になし (服薬のみを含む。)			病院に入院中、老健に入所中で、退所後に戻る住居が無い場合はこちらにチェック
住宅状況	<input checked="" type="checkbox"/> 住居がある <input type="checkbox"/> 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る家がない <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 □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(無・有)		
要介護状態区分() 障害者手帳の種類() 手帳、等級()		
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。		
介護補助者の状況	氏名 江東 一郎 続柄(長男) 昭和〇△年 □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 <input type="checkbox"/> 口病	病院名、通院状況等 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。		
介護を要する方	ふりがな こうとう ふなこ	入所希望者との関係(続柄)(妻)
	氏名 江東 船子	
	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)	「介護を要する方」が入所希望者以外にいない場合は空欄のままご提出ください
	<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。