

特別養護老人ホーム入所申込書(区内・区外用)

新規申請 ・ 変更申請

申込日 令和 年 月 日
変更申請日 令和 年 月 日

記入例

郵便物は、申請者 の住所にお送りさせていただきます。

(ご)申請者 (ご)家族者	フリガナ					続柄			年齢			歳
	氏名					電話	(最初に連絡してほしい電話番号に☑をしてください) (自宅) _____ (携帯) _____ (その他) _____					
	住所 (郵送先)	〒 -										
ごそ 家 族 他	氏名			続柄			住所			番 電 号 話		
(ご)本人 入所希望者	フリガナ			性別	大正・昭和		生年月日	年 月 日		年齢		
	名前	男・女										
	〒 -	荒川区		丁目	番	号	電話	-				
介護 状 況	介護保険の要介護度(要介護)	被保険者番号		0 0 0 0								
	認定期間	令和 年 月 日 から		令和 年 月 日 まで								
ご 本 人 が い ら っ し ゃ る 場 所	在宅 老人保健施設 病院(医療療養) 介護医療院(療養型) グループホーム	保険料		第 段階								
	有料老人ホーム 軽費老人ホーム サービス付き高齢者住宅 その他()	負担割合		割								
	施設・病院名	所在地		〒 -	必ず記入してください。		年金等 収入	1ヶ月収入		約 万円		
	入所・入院時期	年 月から		電話番号	-				生活保護受給			
医 療 等	経管栄養(胃ろう・鼻腔) インシュリン(回数 /日) バルーンカテーテル 人工肛門(ストマ) 在宅酸素											
	ペースメーカー 人工透析 痰の吸引(日中・夜間) 疥癬 MRSA その他()											
(区内 複数可) 施設	多 床 室	グリーンハイム荒川 サンハイム荒川 花ノ木ハイム荒川 信愛のぞみの郷										
	個 室	さくら館(58室) 癒しの里南千住(20室) おたけの郷(40室)										
		さくら館(28室) 癒しの里南千住(80室) おたけの郷(100室)										
(区外 複数可) 施設	第二徳寿園 ひらお苑 草花苑 杜の園 みずほ園 すずうらホーム								在宅でサービスを利用している方は、必ず書いてください。			
居 宅 介 護 支 援 事 業 所	事業所名		所在地		〒 -							
	担当ケアマネジャー		電話番号		-							
個人情報の取り扱いに関する同意												
要介護認定についての調査内容、介護認定審査会による判定結果・意見及び主治医意見書について情報提供を受けることに同意します。また住民基本台帳上の異動内容(転出・転居・死亡)及び本人、配偶者又は生計中心者の所得や課税額等について情報の提供を受けることに同意します。この申込みに関する情報を希望施設に対し、情報提供することに同意します。国または東京都からの統計調査等に協力することに同意します。												
他の特別養護老人ホームに入所した場合は、申し込みを取り下げます。必ず記入してください。												
本人氏名 _____ (代筆者 _____)												
受付日	年 月 日		受付場所	区窓口・施設名()		受付者						

特養入所調査票

本人の認知症状	認知機能について	
	短期記憶問題あり 意思の伝達ができない 毎日の日課が理解できない	
	精神・行動障害について	
	被害的 妄想 昼夜逆転 暴言 暴力 不潔行為 徘徊 介護に抵抗	
	その他困っている症状:()	
介護をしている家族についてお聞きします。	・主介護者(入所者ではありません)の年齢(歳) ・性別(男性・女性) ・続柄()	
	・同居 別居(区・市)	
	介護者がいない(親族がいない) 介護者が兄弟・姉妹・孫などで同居していない場合はここに <input checked="" type="checkbox"/>	
	介護者が難病(注1)()・障害()・要介護者(要支援含む)(要介護・支援)	
	介護者が他にも障害者や高齢者を常時介護している	
	介護者が70歳以上	
	介護者が同居の兄弟・姉妹・孫	
	介護者が病弱・通院中である (病名: 月 回通院)	
	介護者が働いている・育児をしている・介護のために離職中	
その他	その他介護者の事情評価 <u>下欄に具体的に記入してください。</u> (例: 介護者体調、精神的に介護困難、介護のために家族と別居、介護をしているのは介護サービス事業者のみ等)	
本人の現在の生活	自宅で一人暮らし(日中独居・夜間独居を含む)	
	高齢者のみの世帯(70歳以上)	
	住宅がない、または立ち退きを求められている	
	施設や病院から退所・退院を求められても自宅での介護はできない	
	施設・病院の費用が高額のため経済的負担が大きい	
	その他生活困難な理由 <u>下欄に具体的に記入してください。</u>	
介護期間	申請時在宅	
	要介護1となってから(年) 介護1以上になった時期(H・R 年) 区で確認します。	
介護者の事情、在宅で介護できない事情、早期に入所したい理由等を具体的にお書きください。		計
<div style="border: 1px solid black; border-radius: 15px; padding: 10px; display: inline-block;"> 介護が難しい状況を具体的に記入してください。 </div>		施設
		緊急性
		合計
(記入欄は状況調査票下欄にもあります。)		

調査内容について、実態調査をおこなったり、ケアマネージャーに確認することがあります。

また、虚偽の記載をした場合は、申込みを取り消すことがあります。

注1: 悪性腫瘍、人工透析等も含む。