

施設名

居室タイプ(希望する項目に○をしてください。(複数可))
 多床室・従来型個室・ユニット型個室・いずれでもよい

施設記入欄
 ○ 申込書受領日
 令和 年 月 日
 ○ 申込書有効期限
 令和 年 月 日

特別養護老人ホーム入所申込書 【新規・再申請・変更】

※この申込書は、施設が受け付けた日の翌年末が有効期限となります。
 有効期限到来後も継続して入所を希望される場合は、有効期限の同年10月1日から12月31日までの期間に、申込書を提出して再申請してください。

※必要事項を記入後、提出前に1部コピーをとって保管してください。

申込日		令和 年 月 日					
利用者本人	フリガナ			性別	男・女	生年月日	年 月 日生 (歳)
	利用者氏名						
	住所	〒 - 電話 ()					
	要介護度	1・2・3・4・5		認定有効期間			
				令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで			
被保険者番号			保険者名 (区市町村)				
申込者	フリガナ			利用者本人との関係			
	申込者氏名						
	住所	〒 -					
	連絡先電話	(自宅) (携帯) (勤務先)		(勤務先名称)			

※ 申込みには、介護保険被保険者証の写しが必要です。

ケアマネジャーについて	相談できるケアマネジャー	<input type="checkbox"/> いる	<input type="checkbox"/> いない
	ケアマネジャーの氏名		
	連絡先(事業者名)	電話	()

入所希望者等の状況（該当する項目に○（□はレ印）をしてください）

※太線枠内が記入欄です

要介護度	要介護 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5
認知症による行動障がい	1. 徘徊 2. 大声や奇声 3. 不潔行為 4. 暴力や自傷行為 5. 異食 上記の頻度や行為等具体的に記入して下さい。 [] ----- 6. その他（その他に○をつけた方は必ず記入して下さい） [] ※認知症の方の身体の状況は、（ □寝たきりになっている □寝たきりではない ）
主に介護している方について （注1） ・身体障害者 ・愛の手帳 ・精神障害者保健福祉手帳 ・特殊疾病等医療証	1. 介護者がいない（ひとり暮らし） 2. 介護者に障がい等（注1）がある、または要介護認定を受けている 3. 介護者が複数（両親など）を介護している 4. 介護者が高齢（70歳以上）、または未成年である 5. 介護者はいるが問題がある（就業中<週 時間>、病弱、就学前の子ども< 歳>の育児をしている） 6. 介護者がいて特に問題ない ※主たる介護者の氏名と住所を記入して下さい。 氏名（ ） 続柄（ ） 住所（ ）
現在、受けている介護保険サービス	1. 訪問介護 2. 訪問入浴 3. 訪問看護 4. 訪問リハビリ 5. 通所介護 6. ショートステイ 7. その他（ ）
現在のお住まいについて （どれか一つに○を付けてください）	1. 自宅（賃貸住宅も含む） ※自宅に住んでいるが、立ち退きを迫られて（ □いる □いない ） ----- 2. 病院 3. 老人保健施設 4. 介護療養型医療施設 5. 特別養護老人ホーム 6. 養護老人ホーム 7. グループホーム 8. 介護医療院 9. その他（ ） ※退院退所後に戻る自宅が（ □ある □ない ）
介護する上での住宅の問題について	1. 介護上住宅に問題がある □エレベーターのないアパート・マンションの2階以上に住んでいる □自分の部屋とは別の階にトイレや風呂がある □自分の部屋がない □その他（具体的に ） ※自宅での介護が困難な状況を具体的に記入して下さい。 （ ） ----- 2. 介護上住宅に問題はない
板橋区の居住期間	1. 3年以上 2. 3年未満 （区内居住開始 年 月頃から）

①要介護度の変更や住所の変更、介護者や住まいの状況など入所申込書の内容が変わった場合は、必ず変更届を提出して下さい。

②死亡したとき、入所の意思がなくなったとき、他の特別養護老人ホームに入所したとき、介護認定の結果要介護状態区分が要介護でなくなったときは取下届（別紙2）を施設へ提出して下さい。なお、取下届の提出がなかった場合でも、入所希望者が上記のいずれかに該当していることが明らかになったときは、入所申込みの取下げがあったものとみなします。

私は、入所に関する方法や手続について、説明を受けました。また、この申込書にある内容を板橋区、地域包括支援センター、居宅介護支援事業所へ提供することに同意します。

令和 年 月 日

氏名

特例入所調査票《要介護 1・2の方のみご記入ください》

1～3の該当する項目に○（□はレ印）をしてください。

1	<input type="checkbox"/> 認知症 <input type="checkbox"/> 知的障害 <input type="checkbox"/> 精神障害	があり、頻繁に	<input type="checkbox"/> 徘徊する <input type="checkbox"/> 大声や奇声を上げる <input type="checkbox"/> 不潔行為がある <input type="checkbox"/> 暴言・暴力や自傷行為がある <input type="checkbox"/> 異食がある <input type="checkbox"/> その他（ ）
2	<input type="checkbox"/> 配偶者・子がない <input type="checkbox"/> 配偶者・子が遠方に居住している <input type="checkbox"/> 親族がない	ため、単身世帯である	
3	同居家族が	<input type="checkbox"/> 障がい者又は要介護認定者 <input type="checkbox"/> 高齢 <input type="checkbox"/> 病弱 <input type="checkbox"/> その他（ ）	のため支援が期待できない。
	かつ、	<input type="checkbox"/> 金銭的に困難な <input type="checkbox"/> 本人が拒否する <input type="checkbox"/> その他（ ）	ため介護サービスを十分に使えない。

居宅での生活が困難な理由記入欄

①平成27年4月以降、要介護1・2の方については、居宅での生活が困難なことにについてやむを得ない事由がある場合に、特例的に特別養護老人ホームへの入所が認められることになりました。

②この調査票は、要介護1・2の方が、居宅において日常生活を営むことが困難な状況について申し出ていただくものです。

③東京都愛の手帳交付要綱(昭和42年3月22日付42民児精発第58号)第5条の規定により愛の手帳の交付を受けている方又は精神保健及び精神障害者福祉に関する法律(昭和25年法律第123号)第45条第2項の規定により、精神障害者保健福祉手帳の交付を受けている方は、申込時に、施設に対し、当該手帳を提示してください。

記入日	令和 年 月 日		
利用者		被保険者番号
記入者	(続柄)	記入者の連絡先	