

施設名 ○○ホ一ム

居室タイプ(希望する項目に○をしてください。(複数選択可))

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。

※入所希望者の要介護度や介護者の状況等が変わった場合は、入所申込書を再提出してください。

申込日		令和 7 年 4 月 1 日												
入 所 希 望 者	フリガナ	イタバシ タロウ			性別		☒ 男 ・ 女							
	利用者氏名	板橋 太郎			生年月日		昭和20年 1 月 1 日 (80歳)							
	住所	〒173-0004 板橋区板橋2-66-1 電話 03(3579)2253												
	要介護度	1・ ☒ 2・3・4・5			生活保護の受給		有 ・ ☒ 無							
	認定の有効期間	令和 6年 4 月 1 日から 令和 9年 3 月 31 日まで												
	介護保険 被保険者番号	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	保険者名 (区市町村)	板橋区	
	医療処置 (該当する項目に○ をしてください)	☒ なし 2. 胃ろう 3. 経鼻栄養 4. インスリン 5. 褥瘡 6. 人工肛門 7. 在宅酸素 8. 痰の吸引 9. 尿道カテーテル 10. ペースメーカー 11. 人工透析 12. 中心静脈栄養 13. その他 ()												
	申 込 者	フリガナ	イタバシ ハナコ			入所希望者 との関係		長女						
申込者氏名		板橋 花子												
住所		〒 174-0063 板橋区前野町4-16-1												
電話番号		(自 宅) 03-1111-1111 (携 帯) 090-888-8888 (勤務先) 03-9999-9999 (勤務先名称) ○○商事(株)経理部												
ケアマネジャー について		担当のケアマネジャーの有無 ☒ 有 ☐ 無												
		ケアマネジャーの氏名 健福 次郎												
		事業所名 ○○ケアサービス 電話 03(1234)5678												

入所希望者等の状況

要介護度	1	2	3	4	5
認知症の行動・心理症状	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。 (ほぼ毎日家の中や近隣を徘徊し、転倒して骨折したこともある。) 6. その他(その他に○をつけた方は必ず記入してください) () ※入所希望者の身体の状態は、(☐寝たきりである ☒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24時間>、病弱、就学前の子ども<5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ください。 氏名(板橋 花子) 続柄(長女) 住所(板橋区前野町4-16-1)				
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 (いずれか1つに○をしてください)	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. 有料老人ホーム 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() ※入院入所中の病院又は施設名(介護老人保健施設 ○○) ※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環境について	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ください。 () 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 平成20年 4月頃から)				

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に提供することに同意します。

令和 7 年 4 月 1 日

本人氏名

板橋 太郎

代筆者氏名

板橋 花子

(続柄)

長女

※申込みの際は、介護保険被保険者証の写しを添付してください。

※提出前に1部コピーをとって保管してください。

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	① ☒ 認知症 ☐ 知的障害 ☐ 精神障害 があり、頻繁に ② ☒ 徘徊する ☐ 大声や奇声を上げる ☐ 不潔行為がある ☐ 暴言・暴力や自傷行為がある ☐ 異食がある ☐ その他（
2	① ☐ 配偶者・子がない ☐ 配偶者・子が遠方に居住している ☐ 親族がない ため、単身世帯である
3	① 同居家族が ☐ 障がい者又は要介護認定者 ☐ 高齢 ☐ 病弱 ☐ その他（ のため支援が期待できない。 ② かつ、 ☐ 金銭的に困難な ☐ 本人が拒否する ☐ 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。
- ④特例入所の基準に該当しない場合は、入所対象者とはなりません。

記入日	令和 7 年 4 月 1 日		
利用者	板橋 太郎	被保険者番号	0123456789
記入者	板橋 花子 (続柄) 長女	記入者の連絡先	090-888-8888