

施設名	クローバーのさと
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 年 月 日	
入所希望者	フリガナ		性別
	利用者氏名		生年月日
	住所	〒 ー 電話 ( )	
	要介護度	1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5	生活保護の受給
	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		保険者名 (区市町村)
	医療処置 (該当する項目に○ をしてください)	1. 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		入所希望者 との関係
	申込者氏名		
	住所	〒 ー	
	電話番号	(自 宅) (携 帯) (勤務先) (勤務先名称)	
ケアマネジャー について	担当のケアマネジャーの有無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		
	ケアマネジャーの氏名		
	事業所名    電話 ( )		

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。 ( ) 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様子は、( <input type="checkbox"/> 寝たきりである <input type="checkbox"/> 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（就労中<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ください。 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  (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 ( <input type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いらない ) 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 ( ) ※退院退所後に戻る自宅が ( <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 自分の部屋とは別の階にトイレや風呂がある <input type="checkbox"/> 自分の部屋がない <input type="checkbox"/> 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 年 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      年      月      日      本人氏名

代筆者氏名 (続柄)

※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	<div> <div> <div>①</div> <div> <input type="checkbox"/> 認知症  <input type="checkbox"/> 知的障害  <input type="checkbox"/> 精神障害 </div> </div> <div>があり、頻繁に</div> <div> <div>②</div> <div> <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（                      ） </div> </div> </div>
2	<div> <div>①</div> <div> <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 </div> </div> <div>ため、単身世帯である</div>
3	<div> <div>同居家族が</div> <div> <div>①</div> <div> <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（                      ） </div> </div> <div>のため支援が期待できない。</div> </div> <div> <div>かつ、</div> <div> <div>②</div> <div> <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（                      ） </div> </div> <div>ため介護サービスを十分に使えない。</div> </div>

居宅での生活が困難な理由記入欄

[illegible]

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