

施設名
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 男 ・ 女
	利用者氏名		生年月日 年 月 日 (歳)
	住所	〒 - 電話 ()	
	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 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	〒 -	
	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状況は、(<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。

