

特別養護老人ホーム入所申込書

【新規・再申請】

いずれかに を付けてください

墨田区長 あて

裏面にも記入項目があります。

介護老人福祉施設(特別養護老人ホーム)を利用したいので、下記のとおり申し込みます。

なお、この申込書記載内容に虚偽があった場合は、申込みを無効とされても異議ありません。

申込日	年 月 日						性別	男 ・ 女			区役所 使用欄	
介護保険 被保険者番号							生年月日	明治・大正・ 昭和	年 月 日(歳)			
フリガナ							住所	〒 -				
入所希望者 氏名												
要介護度	1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5											
有効期間終了日	年 月 日						☎	()				
本人区内居住歴	申込日で、墨田区民となって						2年以上である。		2年未満である。			
本人の収入 あてはまるもの に☑	収入なし (生活保護の受給: 有 ・ 無 ・ 受給予定)											
	収入あり (収入額の合計:1か月 約 _____ 円) 負担割合 1割 2割 3割											
	介護保険負担限度額認定証をお持ちですか? はい ・ いいえ ・ 申請予定											
本人の生活状況 あてはまるものを☑、必要事項をご記入ください	「はい」の方は、食費の負担限度額 300円 390円 650円 その他											
	自宅では ひとり暮らし 家族等と同居											
	申込時点での生活状況 自宅暮らししている。 住所が異なる家族が引き取るか、泊まり込みで介護している。 施設入所中である (施設の種類の種類 特養 老健 グループホーム 有料ホーム その他) (施設名: _____ 入所時期 年 月頃から)											
	入院中である (病院名: _____) (入院時期と理由: _____) 入所中・入院中の方は、現在の施設・病院からの退所・退院は必須ですか? はい いいえ その他											
連絡先 *入所その他の連絡を受けて対応して下さる方を記入してください。	フリガナ							申請者との 関係				
	氏名											
	住所								自宅電話 ()			
	〒 -							日中連絡先 ()				

入所を希望する施設 入所時期について、お考えにあてはまるものを☑し、指定する施設に 、 を付けてください。

入所時期についてのお考え	どこでも良いので、できる限り早く入所したい。 (ユニット型 可 不可、 区外特養 可 不可)		下の表から第1希望施設のみ選び、 を付けてください。			
	指定した施設であれば、できる限り早く入所したい。 現時点では入所を考えていないが、将来に備え申し込みたい		下の表から施設を選び、 を付けてください。			
墨田区内の施設 区内・区外を併せて、第1希望とする施設にをつけてください。 その他、希望する施設にをつけてください。	従来型(多床室(一部個室有))		従来型(多床室(一部個室有))		ユニット型(全室個室)	
	たちばなホーム		足立翔裕園		あゆみえん	
	なりひらホーム		諏訪の森		徳寿園	
	はなみずきホーム		小松原園		この他に、近隣他県等の特別養護老人ホーム・介護老人保健施設等の入所相談を承っております。ご希望の方はケアマネジャー・高齢者支援総合センター・高齢者福祉課相談係へお問い合わせください。	
	同愛記念ホーム		杜の園			
	和翔苑		麦久保園			
	東京清風園従来型		第2徳寿園			
	木下川吾亦紅従来型		カントリーピラ青梅			
	ユニット型(全室個室)		第2カントリーピラ青梅			
	ケアホームズ両国		サンシャインホーム			
寿老の里		シルバーコート丹三郎				
東京清風園ユニット型		栄光の杜				
木下川吾亦紅ユニット型						

3. 主な介護者について	<p>手続や本人世話をを行うのは、介護サービス事業者等の第三者のみである。 (家族・親族等の有無 <input type="checkbox"/>あり <input type="checkbox"/>なし)</p>
	<p>手続や本人世話をを行う家族等(内縁関係者を含む)がいる。 主な介護者 本人との関りが最も多い方 氏名 _____ 続柄 _____ 年齢 _____ 住所 本人と同じ 連絡先と同じ その他(_____)</p>
	<p>主な介護者の状況 (1)～(6)の該当する項目全てに☑</p>
	<p>(1) 別居である。(入所希望者が入院・入所中の場合は、入院・入所前は別居であった。) 世話を行う頻度 ほぼ毎日 週半分程度 週1～2回 週1回未満 世話の内容 食事・排泄など身の回りの世話 通院同行・手続など特別な場合の支援</p>
	<p>(2) 病気や障害がある。 要介護認定 <input type="checkbox"/>あり(要支援 1・2、 要介護 1・2・3・4・5) 各種障害手帳所持 <input type="checkbox"/>あり(身体 精神 愛の手帳 公害認定 その他 _____) 難病認定 <input type="checkbox"/>あり(病名 _____) 定期的な通院 <input type="checkbox"/>あり(病名 _____) 通院したいができない。</p>
	<p>(3) 介護疲れ(ストレス感・疲労感・体の痛みや体調不良感など)がある。 程度 強く感じる、又は生活や健康状態に影響がある。 <input type="checkbox"/>ある程度感じる。 <input type="checkbox"/>ほとんど感じない。</p>
<p>(4) 複数の人を介護している(看病、障害児・者や子・孫の世話を含む。) 主な介護者との続柄: _____ 未就学児 <input type="checkbox"/>看病を要する。 <input type="checkbox"/>障害がある。 <input type="checkbox"/>要介護・要支援認定を受けている。 その他(_____)</p>	
<p>(5) 仕事をしている。 週平均の勤務時間 _____ 時間位 夜間勤務 <input type="checkbox"/>あり・ <input type="checkbox"/>なし 不規則勤務 <input type="checkbox"/>あり・ <input type="checkbox"/>なし 介護のため退職・休職・勤務時間減を余儀なくされている。 (「いつ退職」など具体的に _____) 退職等に伴う生活への影響・不安 <input type="checkbox"/>影響大、又は既に影響あり <input type="checkbox"/>ある程度あり <input type="checkbox"/>影響・不安なし</p>	
<p>(6) 高齢又は未成年である。 75歳以上または未成年である。 <input type="checkbox"/>65歳～74歳である。</p>	
	<p>上記(1)～(6)の理由が、本人を介護するに当たりどの程度支障になっていると感じますか？ <input type="checkbox"/>介護はできない。又は介護を行うことを医師等や他の家族から止められたり、難しいと言われている。 <input type="checkbox"/>介護を行っているが、過重な負担を感じる。 <input type="checkbox"/>介護はある程度行うことができる。 <input type="checkbox"/>介護を行うのに支障とはなっていない。 <input type="checkbox"/>身寄りがない等のため、家族等の関与が全くない。 その他(具体的に _____)</p>
4. 介護の悩みを共有できる家族等	<p>介護の悩みを共有できる家族等はいいますか？ <input type="checkbox"/>いない。又は、いたとしても介護に関する相談等ができない。 <input type="checkbox"/>いる 日常的に介護を手伝っている。 <input type="checkbox"/>平均週半分程度の協力を得られる。 実際の介護協力はほとんど得られないが、相談はできる。 「いる」と回答された方のみ 介護の手伝いに支障・負担はありますか？ <input type="checkbox"/>支障・負担となる事柄はない。 <input type="checkbox"/>支障・負担となる事柄がある。又は手伝いに負担を感じている。 (具体的に _____)</p>
5. その他	<p>入所優先度を判定する際、考慮すべき事情があれば、具体的に記入してください。 【要介護1又は2の方は必ず記入】要介護1又は2の方は、日常生活に支障を来すような症状・行動、同居家族等による介護ができない理由等について、できるだけ具体的に記入してください。記入しきれない場合は、裏面の自由記入欄もご利用ください。</p>

