

申し込む方は太線内をご記入ください。

受付場所

第1号様式(第3条関係)

足立区特別養護老人ホーム入所申込書兼調査書

特別養護老人ホーム施設長 様

申込年月日

年 月 日

希望者氏名	カガナ	男	生年月日	明治・大正・昭和		
		女		年 月 日	生まれ(満 歳)	
住所	足立区	〒		現在又は在宅していた時は	足立区	年 月
	電話			独居・家族と同居	在住期間	
入所時の親族連絡先 必ず電話連絡が取れる、郵便物を受取る連絡先	氏名:			入所希望者との続柄:		
	住所: 〒			電話		
家族・親族構成 独居・入院入所中の場合でも、関係している家族親族等を記入してください	主な介護者 氏名		同居・別居 続柄() (歳)			
	氏名	同・別	続柄() (歳)	氏名	同・別	続柄() (歳)
	氏名	同・別	続柄() (歳)	氏名	同・別	続柄() (歳)
介護保険証番号		介護度	要介護 1・2・3・4・5			
入所希望施設名 施設名を必ず1つ以上記入してください。	第1希望		特別養護老人ホームが、新しくできた場合(新しいところは、すべてユニット型(個室)のみです。)入所を希望する。 希望する場合チェックしてください 生活保護受給中の方は、従来型(4人部屋)のみで、ユニット型(個室)は、申し込みはできません。 入所した施設を途中で変更することは、待機者が多数おいでのため困難です。事前によくご検討ください。			
	第2希望					
	第3希望					
介護者の状況 ご本人の居場所が自宅でない場合は、在宅していた場合の介護者について記入してください	同居の配偶者または子供等の介護者がいない。 介護者が病気または高齢等のため、寝たきりに近い状態で全く介護できない。 介護者が病気または高齢等のため、ほとんど介護できない。 介護者は、介護以外に手の掛かる仕事(または人)があつて、昼夜とも介護できない。 介護者は昼間仕事を持っており介護できないが夜間は可能である。 介護者は昼間仕事を持っており介護できないが他に手伝う方がいる。また、夜間は可能。 介護者が昼夜を問わず介護できる。 その他(具体的に)					
住まいの状況 具体的に記入してください	住宅がない・立ち退きを求められている(具体的に) 住宅が介護上、問題がある(具体的に) 住宅に介護上の問題はない。					
該当する行為がある場合チェックしてください	徘徊 暴力行為 不潔行為 異食 大声や奇声 昼夜逆転 その他の行為(具体的に) 医療的ケアが必要な場合、暴力行為等がある場合は、入所が困難なときがあります。					

参考 特別養護老人ホームの費用負担について(要介護5の場合の月額、平成21年4月以降)

厚生労働省資料より作成。実際の金額は施設ごとに異なります。

1ヶ月当り	4人部屋	ユニット型個室
区民税 老齢福祉年金、生活保護受給者等	3万7千円程度	6万2千円程度
非課税 課税される年金収入 + その他合計所得 = 80万円以下の方	5万円程度	6万5千円程度
課税世帯 課税される年金収入 + その他合計所得 = 80万円超の方	5万7千円程度	9万7千円程度
区民税課税世帯者	8~10万円程度	14~19万円程度

・金額の内訳は、介護保険1割負担・居住費・食費です。(日用品費は含みません)

ユニット型個室...小人数ごとに共用リビングルームの付いた完全個室のこと。新規施設はこれになります。

私は、入所に関する方法や手続きについて、説明を受けました。また、この申込書にある内容を保険者・地域包括支援センター・指定する介護支援専門員へ提供すること、及び施設入所に際して、新たに健康診断書等の提出について協力することに同

希望者氏名

代筆者氏名

介護支援専門員等意見書

入所希望者氏名		
ご本人の居場所 生活の本拠地 を記入してくだ さい	・自宅 ・養護老人ホーム ・軽費老人ホーム（A型・B型） ・ケアハウス ・有料老人ホーム ・グループホーム ・その他（ ） ・病院・介護療養型医療施設・老人保健施設（どれかに ） 病院・施設名： これまで入院・入所している期間 ・3か月未満 ・3～6か月 ・6か月～1年 [在宅生活に戻れる見込 あり・なし] ・1～2年 ・2年～3年 ・3年以上	
ケアプランにつ いて 利用が多い順 に記入してくだ さい	支給限度額に対する在宅サービス利用率	在宅サービスを利用している場合必ず 記入のこと（過去3か月平均） %
利用しているサービス		
サービス名		利用回数等
ご本人の状況 医療的ケアが 必要な場合、暴 力行為等がある 場合は、入所が 困難なときがあ ります	1 身体の状況について（麻痺など介護を必要とする状況）	
	2 認知症等について（介護や見守りを必要とする状況）	
	3 疾患等について（医療機器など介護や看護を必要とするもの） 医療機器を使っている（具体的に ）	
その他留意す べきこと 申込する理由 を、介護者や本 人の状況がわか るように具体的 に記入してくだ さい		

（担当介護支援専門員等） 記入者氏名	
事業所名（連絡先電話）	（ ）