

申込方法は太線内をご記入ください。

受付場所

申込書を提出する日

第1号

記入例

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 21年 6月 9日

現在、または自宅に居たときに、独居が家族と同居していたかを で囲ん

区在住期間が正確にわからない場合はお

入所の連絡等の「連絡」が必ずとれる、ご家族・親族の連絡先を記入して

同居、別居に関わらず家族・親族等の状況について記入して

介護保険証(一)面

介護保険証(二)面

特別養護老人ホームが、新しくできた場合、入所を希望する時は、 にチェックしてください。

入所希望施設は必ず1カ所以上記入してください。

あてはまるもの1か所にチェックしてください。あてはまらない場合はその他にチェックし、具体

あてはまるもの1か所にチェックして、状況を記入してくだ

あてはまるものすべてにチェックしてください。あてはまらない問題行動がある場合はその他にチェックし、具体的に記

足立区の特別養護老人ホームには従来型(4人部屋が主)施設とユニット型(全部個室)施設とがあります。それぞれ利用料金が異なりますので、詳しくは各施設にご確認ください。なお、ユニット型

ここに書かれている内容に同意する場合本人が自署してください。本人が記入できない場合は、代筆し、代筆者名も

氏名	カガナ アダチ イチロウ 足立 一郎	性別	男	生年月日	明治・大正・昭和 14年 9月 19日生まれ(満 歳)
住所	足立区 中央本町1-17-1 〒120-8510 電話 3880-5111	現在又は在宅していた時は	独居・家族と同居	足立区 在住期間	45年 3月
記入者の連絡先	氏名: 足立花子 住所: 〒120-8510 足立区中央本町1-17-1	入所希望者との続柄:	妻	電話	3880-5111
家族・親族構成	主な介護者 氏名 足立花子 (同居・別居) 続柄(妻)(歳) 氏名 足立 同・別 続柄(長男)(x 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	0002345678	介護度	要介護 1・2・3・4・5		
入所希望施設名	第1希望 中央本町杉の子園 第2希望 足立新生苑 第3希望 レ ハビネスあだち	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、待機者が多数おいてのため困難です。事前によくご検討ください。			
介護者の状況	介護者(同居の配偶者または子供等)がない。 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)があって、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	住宅がない・立ち退きを求められている(状況) 住宅が介護上、問題がある(具体的に 段差があり転倒しやすい) 住宅に介護上の問題はない。				
その他で該当するものに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。				

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
高齢福祉年金受給者等	3万5千円程度	6万2千円程度
区民税世帯非課税で課税される年金収入+合計所得=80万円以下の方	5万円程度	6万5千円程度
区民税世帯非課税で課税される年金収入+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、説明をうけました。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

申込者氏名 足立 一郎

代筆者氏名 足立花子

介護支援専門員等意見書

介護支援専門員等意見書は、入院中の場合など作成する方がいない場合は、ご家族の方が、ご本人の状況と介護者の状況をできるだけ詳しく記入してください。(わかる範囲)

入所申込者氏名	足立 一郎	
ご本人の居場所	・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: ×× 病院 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	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) 70 %
(入院前平成18年1月の状況)	利用しているサービス	
	サービス名	利用回数等
	訪問介護	週2回 家事 2時間
	通所介護	週3回
	ベッドレンタル	
ご本人の状況	1 身体の状況について(麻痺など介護を必要とする状況) 脳梗塞後遺症による左半身マヒ。両下肢マヒにより立位歩行不可、車椅子生活となった。食事は自立、排泄は尿・便意ありトイレ介助可能だが、失禁もあり、紙オムツ使用。衣服着脱、入浴は全介助。 2 認知症等について(介護や見守りを必要とする状況) 意欲低下により動作緩慢。発語が少ない。短期記憶に支障あり、不安になり何度も確認することもある。家族(妻)に不安やイライラをぶつけることもある。 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) H7.7脳梗塞発症 H15.3.28肺炎のため入院、経過良好 H15.6月リハビリのため転院	
その他留意すべきこと	都営住宅3階に妻と2人暮らし。妻も高齢で病弱により通院中。子どもはいない。本人の兄弟は遠方に居住し、援助はできないため、在宅生活が困難な状況である。今後身体機能の向上は望めず、車椅子生活となり、住宅の状況からも在宅復帰は困難である。早期の入所を希望している。	
(担当介護支援専門員等) 記入者氏名	× 子	
事業所名(連絡先電話)	介護支援事業所 (1234)5678	

入所を希望する方(ご本人)の氏名を記入してください。

現在の居場所等をご記入ください。病院、施設等に入所している場合は、下段の枠内も記入してください。

在宅サービスを利用している場合は、過去3か月間の平均を記入してください。

入院中などの場合は、以前のサービス受給状況を記入し、いつの状況かを書いておいてください。

ご本人の状況について、わかる範囲で記入してください。

入所を必要とする理由等をわかる範囲で記入してください。書いてもらえるケアマネージャー等がいない場合は、地域包括支援センターに記入を依頼するかご家族の方ができるだけ詳しく状況をこの欄に記入してください。

記入した方の氏名、連絡先を記入してください(介護支援専門員でなく)