

特別養護老人ホーム入居申込書(区内用)

新規申請 変更(介護度・介護者の状況・その他)申請 施設変更申請

該当する申請内容に☑を付けてください

申込日 平成 年 月 日

変更申請日 平成 年 月 日

郵便物は、申請者 の住所にお送りさせていただきます。

() 申請者 家族者	フリガナ				続柄		性別	男 女	年齢		歳	
	氏名				電話	(最初に連絡してほしい電話番号に☑をしてください) (自宅) _____ (携帯) _____ (その他) _____						
連 絡 の 先	氏名		続柄		住所		番 電 話					
	フリガナ			性別	生 年 月 日	明治・大正・昭和	年	月	日	年齢		歳
() 入居 希望者 本人	名前			男・女	〒	荒川区 丁目 番 号			電話	-	-	
	〒											
介 護 状 況	介護保険の要介護度(要介護)	被保険者番号	0 0 0 0									
	認定期間	平成 年 月 日 から 平成 年 月 日 まで										
ご 本人 が い ら し や 場 所	在宅 (住民票の住所 住民票の住所以外の場所:)											
	介護老人保健施設 介護療養型医療施設 病院 グループホーム	保険料	第 段階									
	有料老人ホーム 軽費老人ホーム(ケアハウス) その他()	年金等収入	1ヶ月 約 万円									
	施設・病院 の名称	所在地	〒				生活保護受給					
医 療 等	胃ろう 経鼻栄養 インシュリン 尿管留置カテーテル 人口肛門 在宅酸素 ペースメーカー											
	人口透析 痰の吸引(日中・夜間) 疥癬 MRSA その他()											
() 複 数 希 望 施 設 可 で す	多床室(4人・2人部屋)のみ											
	グリーンハイム荒川 サンハイム荒川 花の木ハイム荒川 信愛のぞみの郷											
	個室が多床室(4人・2人部屋)は、どちらかを選択してください。両方の申込はできません。(入所後の変更もできません)											
	さくら館(多床室56) 癒しの里南千住(多床室20) おたけの郷(多床室40) さくら館(個室22) 癒しの里南千住(個室80) おたけの郷(個室100)											
居宅介護支援事業所	事業所名				所在地	〒 -						
担当ケアマネージャー				電話番号	- -							
<p>私は、特別養護老人ホームの入居方法、手続きについて説明を受けました。必要があるときは、高齢者福祉課が要介護認定についての調査内容、介護認定審査会による判定結果・意見、主治医意見書及び住民基本台帳上の異動内容(転出・転居・死亡)の情報提供を受けること、本人、配偶者又は生計中心者の所得や課税額等について情報の提供を受けることに同意します。また必要な場合は、主治医の診断書を提出します。他の特別養護老人ホームに入居した場合は、申し込みを取り下げます。</p> <p><u>個室の申し込みに関し、利用料について説明を受け了解しました。</u></p>												
										本人氏名	印	
ケアマネージャーが代筆した場合は、お申し出ください。										(代筆者)	
受付日	年 月 日	受付場所	区窓口・グリーンハイム・サンハイム・花の木ハイム 信愛のぞみの郷・さくら館・癒しの里・おたけの郷				受付者					

特養入居調査票

ご本人についてお聞きします。	認知症 問題行動 による	夜になると興奮し言動がおかしくなる 夜眠らない ありえないことを信じ込む あるはずのないものが見える、聞こえる ささいなことで怒り出す 暴力行為がある 落ち着きなく歩き回る 外出すると戻れない 場所・状況を理解できず外に出ていく 食べられない物を口に入れる 排泄物と理解できずいじってしまう 介護に抵抗がある		
	本人の 年齢	90歳以上		
		80歳以上90歳未満		
	介護の 期間	要介護1以上で5年以上介護		
要介護1以上で2年以上5年未満				
サー ビス 利用	入院が3ヶ月未満の場合、在宅で利用していたサービスに <input checked="" type="checkbox"/> してください。			
	訪問介護 (週 回)	ディサービス (週 回)	通所リハビリ ショートステイ 夜間対応型訪問介護	
	訪問入浴	訪問看護	訪問リハビリ 小規模多機能型居宅介護 施設・病院	
介護者についてお聞きします。	・年齢(歳) ・性別(男性・女性) ・続柄()			
	・ 同居 別居(区・市)			
	・介護を手伝ってくれる方が いる(続柄: 人数:) ・ いない			
	入居希望者ご本人に身寄りとなる親族(配偶者・子)がいない			
	介護者が難病(病名:)と診断されているか障害(注1)がある、又は要介護である			
	他にも障害者(注1)や高齢者(要介護1以上)を常時介護している(特養入所者は除く)			
	介護者が高齢(75歳以上)である			
	介護者が持病(慢性疾患・自立神経系疾患等)で定期的に通院(病名: 月 回通院)			
就労(週30時間以上)しているか、就学前の子を養育している				
介護のために仕事を続けられなくなった(歳で退職)				
その他:具体的に()				
(在宅で介護できない事情や、病院・施設入居の継続が困難な理由を具体的にお書きください。 また退院・転院予定や介護度の変更申請等の状況もお書きください。)			計	
			区	
			施設	
			合計	

調査内容について、実態調査をおこなったり、ケアマネージャーに確認することがあります。
また、虚偽の記載をした場合は、申込みを取り消すことがあります。
注1:身体障害者手帳、愛の手帳、精神障害者保健福祉手帳、特定疾病等の医療証を持っている方。