

※記入例※

令和8年度 第3回 台東区特別養護老人ホーム申込書

台東区長 殿

*記入または該当するものを☑ または○で囲む

次のとおり申し込みます。

申込日 令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日

入 所 希 望 者	フリガナ	タイトウ ハナコ		性別	男() 女(○)	生年月日	明大 ○年 △月 □日 (○○歳)										
	氏名	台東 花子				昭平(○)	○年 ○月 ○日										
	要介護度	1・2・3・(4)・5		有効期間	令和 ○年○△月 □日~令和 ○年 △○月 □日												
	被保険者番号	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	最初に要介護1以上の認定を受けた時期	昭平(○)	○	年	□	月
	医療保険	後期高齢者医療(○)		国保	健保	共済	マル障医療	有	生活保護	有()	区・市・町・村						
本人の居所	住所(住民票のあるところ)	〒110-8615		電話	03(5246)12××												
	台东区 東上野4-5-6 東上野マンション205																
	<input type="checkbox"/> 在宅 (<input type="checkbox"/> 住民票の住所 <input type="checkbox"/> 住民票の住所以外の場所) 住民票以外の場所 { } 所在地 { }																
	<input type="checkbox"/> 病院 (一般・療養) <input checked="" type="checkbox"/> 介護老人保健施設 <input type="checkbox"/> 介護療養型医療施設 <input type="checkbox"/> 有料老人ホーム <input type="checkbox"/> グループホーム <input type="checkbox"/> その他の施設 { }																
	名称 老人保健施設 △△△ 電話 03(1234)5678 住所 □□区○○1-2-3 利用期間 □□年 △△月 ○○日~ 年 月 日(予定)																
年金等収入	年金受給(有)・無) 年金以外の収入(有)・無)																
申 込 者	フリガナ	タイトウ イチロウ		入所希望者との関係	長男												
	氏名	台東 一郎															
	住所	〒 - 同上		*入所希望者と同一の場合は「同上」と記入													
	連絡先電話	【自宅】(同上) 【携帯】090(5246)11△△ 【勤務先】03(5246)△△11		【連絡がしやすい曜日・時間帯】 曜日: 時間帯:													
	順位決定通知の送付先	<input type="checkbox"/> 入所希望者宛て <input type="checkbox"/> 申込者宛て <input checked="" type="checkbox"/> その他【住所】〒111-0002 台東区浅草○-△-△ 【宛先】浅草 さくら (長女)															
*申込み後、状況等の確認のため電話や訪問をさせていただく場合があります。																	
希 望 施 設	3施設まで選択可		※下記の中から希望する施設名を左欄にご記入ください。また、区外の全施設を希望される場合は「区外すべての施設を希望する」にもチェックをしてください。														
	希望する居室形態(複数選択可)		浅草 谷中	多床室のみ	フレスコ浅草	ユニット型個室											
	<input type="checkbox"/> 多床室 <input type="checkbox"/> 従来型個室 <input type="checkbox"/> ユニット型個室		区内	台東 多床室と従来型個室	橋場すみれ園												
<input type="checkbox"/> 区外すべての施設を希望する		区外	白楽荘 みずほ園 良友園 ひのでホーム 新清快園 第2カントリービラ青梅 青梅愛弘園 成蹊園 福楽園 和敬園														
台東区特別養護老人ホームの入所事務のために必要があるときは、要介護認定にかかる調査内容、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等を関係機関に照会すること、介護保険のサービス利用票及び別表の提出をケアマネジャーに依頼すること、台東区特別養護老人ホーム申込書及び状況調査票に記載されている内容を上記の希望施設に情報提供することに同意します。国または東京都等からの統計調査等に協力することに同意します。																	
<input checked="" type="checkbox"/> 自己都合の入所保留による、当該申込回次の入所調整名簿を最下位に順位変更することについて説明を受け、了承しました。																	
本人氏名		台東 花子		代筆者氏名		台東 一郎		(関係 長男)									

◆要介護度は申込日現在で有効なものをご記入ください。※必ず介護保険証等でご確認ください。

◆マル障(心身障害者医療費助成制度)・生活保護制度を利用されている方は、「有」に○をしてください。

◆病院、介護老人保健施設、介護療養型医療施設、有料老人ホーム、グループホーム等施設に入院・入所されている方は左記の「名称」「電話」を「住所」「利用期間」をご記入ください。

◆希望施設から入所案内をさせて頂いた際に、必ず連絡が取れる電話番号と連絡がしやすい曜日・時間帯をご記入ください。連絡がつかない場合、施設からの入所案内ができない場合もありますのでご注意ください。

◆通知を郵送する際の宛先となります。どれか1つをご選択ください。◆「その他」の場合はその方に事前にお伝えください。

◆全施設から3か所を希望することができます。1か所のみ、2か所のみ希望も可。

◆別紙の台東区内特別養護老人ホーム・区外協力ホーム一覧を参考にいただき、希望する居室形態にチェックをしてください。

記入欄 受付者 ***** 記入不要 ***** の他

※記入例※

特例入所要件に該当することの申請書（要介護1・2の方用）

○要介護1・2の方の特別養護老人ホームのお申込みについて

要介護1・2の方の特別養護老人ホームの入所申し込みは、下記欄に挙げられるようなやむを得ない事情により、居宅等において日常生活を営むことが困難と認められる場合に限り受付します。（特例入所）
 要介護1・2で台東区の特別養護老人ホームに申し込む場合は、ご自身の担当ケアマネジャー等（親族の方以外）に、下記欄の要件の中から該当する要件全てにチェックを付けた上で具体的な状況をご記入いただき、お申込みください。下記欄に記入がない方については、お申込みを受け付けることが出来ません。

特別養護老人ホーム施設長殿

以下の理由により、特別養護老人ホームの入所を希望いたします。

該当する要件に☑	居宅において日常生活を営むことが困難である理由（※ご家族以外の方がご記入ください。）
<input type="checkbox"/>	認知症であることにより、日常生活に支障を来す症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁に見られる。 【具体的な状況】 日常生活自立度（ I ・ IIa ・ IIb ・ IIIa ・ IIIb ・ IV ・ M ）
<input type="checkbox"/>	知的障害・精神障害等を伴い、日常生活に支障を来す症状・行動や意思疎通の困難さ等が頻繁に見られる。 【具体的な状況】 障害者手帳等 種 級・度 障害名等：
<input type="checkbox"/>	家族等による深刻な虐待が疑われる等により、心身の安全・安心確保が困難な状態である。 【具体的な状況】
<input type="checkbox"/>	単身世帯である、同居家族が高齢又は病弱である等により、家族等による支援が期待できない、かつ、地域での介護サービスや生活支援の供給が十分に認められない。 【具体的な状況】
	【自由記入欄】
その他	

◆要介護1・2の方は、ご自身の担当ケアマネジャー等（いない場合には、ご本人の状況に詳しいご家族以外の方）に、特例入所の要件に該当する状況を記入していただく必要があります。

お申し込みをされる場合には担当ケアマネジャー等とよくご相談の上お申し込みください。

◆認知症状と、その認知症状がどのように日常生活に影響を与えているか、出来るだけ具体的に記入してください。

（認知症状の例）
 意志の伝達ができない、毎日の日課を理解できない、生年月日や名前を言えない、短期記憶の保持ができない、自分の名前が言えない、季節を理解できない、場所を理解できない、徘徊行動がみられる、外出して戻れない等

◆障害名と、その障害がどのように日常生活に影響を与えているか、出来るだけ具体的に記入してください。

◆虐待が疑われることになった事案や、地域包括支援センター・区への相談状況などについて、出来るだけ具体的に記入してください。
 なお、諸事情により状況等の記入が困難な場合は、別紙に記入するなどによりご対応ください。

◆家族による支援が期待できない状況と、介護サービスの供給が十分に認められない状況の両方について、出来るだけ具体的に記入してください。

（家族等による支援が期待できない例）
 単身世帯である、世帯全員が65歳以上の高齢者のみ世帯である、介護者が病弱である、複数介護である等

（介護サービス等の供給が十分に認められない例）
 毎月の区分支給限度額近くまで在宅サービスを利用しているが、生活することが困難である、認知症状等の理由により在宅サービスでは対応が困難である等

※記入例を参考にいただき、該当する全ての箇所に記入してください。記入欄が不足する場合には、理由を記入した別紙等を添付していただいても構いません。なお、上記の内容に不明な点がある場合には、ケアマネジャー等に入所の必要性について確認をさせていただく場合がございます。

◆記入は任意になります。上記欄が不足した場合や特に記入したいことがある場合等に記入してください。

記入日	年 月 日	記入者氏名 (ケアマネジャー等)	
事業所名		電話	()

※記入例※

状況調査票（台東区特別養護老人ホーム申込用）

1. ご本人の状況について

治療中の疾病等	<input checked="" type="radio"/> 有・無	認知症、脊柱管狭窄症、高血圧症			
医療行為	<input checked="" type="radio"/> 有・無 <small>*有の場合は☑</small>	<input type="checkbox"/> 経管栄養（胃ろう・鼻腔）	<input type="checkbox"/> 中心静脈栄養	<input checked="" type="checkbox"/> バルーンカテーテル	
		<input type="checkbox"/> 在宅酸素	<input type="checkbox"/> 人工透析	<input type="checkbox"/> インシュリン（経口薬・注射）	回/日
		<input type="checkbox"/> 人工肛門（ストマ）	<input type="checkbox"/> その他〔 〕		
服薬	<input checked="" type="radio"/> 有・無 <small>*有の場合は☑</small>	<input checked="" type="checkbox"/> 血圧の薬	<input type="checkbox"/> 高脂血症治療薬	<input type="checkbox"/> 心臓の薬	<input type="checkbox"/> 糖尿病治療薬
		<input checked="" type="checkbox"/> 認知症治療薬	<input type="checkbox"/> 向精神薬	<input checked="" type="checkbox"/> 整腸薬	
		<input checked="" type="checkbox"/> その他〔 骨粗しょう症治療薬 〕			
認知症に関すること		A		<input checked="" type="checkbox"/> ときどきある	<input type="checkbox"/> ある
<p>過去3か月以内の状況</p> <p>*「ときどきある」は、少なくとも1か月間に1回以上、1週間に1回未満程度の頻度をいいます。</p> <p>*「ある」は、少なくとも1週間に1回以上の頻度で現れる場合をいいます。</p> <p>*介護支援専門員（ケアマネジャー）等と確認・相談の上、ご記入ください。</p>		B		<input type="checkbox"/> ある	<input checked="" type="checkbox"/> ある
		徘徊(室内を含む)		<input type="checkbox"/> ときどきある	<input type="checkbox"/> ある
		暴言や暴力的な行動がある		<input type="checkbox"/> ときどきある	<input checked="" type="checkbox"/> ある
		排泄物をいじる等の不潔な行動がある		<input type="checkbox"/> ときどきある	<input type="checkbox"/> ある
		一人で出たがり目が離せない、外出すると戻れない		<input checked="" type="checkbox"/> ときどきある	<input type="checkbox"/> ある
		物を盗られたなどと被害妄想があり、対応が困難		<input checked="" type="checkbox"/> ときどきある	<input type="checkbox"/> ある
		ひどい物忘れ(火の不始末など)		<input type="checkbox"/> ときどきある	<input type="checkbox"/> ある
		介護に抵抗する、拒否的である		<input type="checkbox"/> ときどきある	<input type="checkbox"/> ある
		昼夜の逆転がある		<input type="checkbox"/> ときどきある	<input type="checkbox"/> ある
		大声や奇声を出す		<input checked="" type="checkbox"/> ときどきある	<input type="checkbox"/> ある
	作り話(事実とは異なる話)をする		<input type="checkbox"/> ときどきある	<input type="checkbox"/> ある	
	いろいろなものを集めたり無断でもって、		<input type="checkbox"/> ときどきある	<input type="checkbox"/> ある	
	(一日に何度もしつこく)同じ話をする		<input type="checkbox"/> ときどきある	<input type="checkbox"/> ある	
	物を壊したり、衣類を破いたりする		<input type="checkbox"/> ときどきある	<input type="checkbox"/> ある	
	人が分からない		<input checked="" type="checkbox"/> ときどきある	<input type="checkbox"/> ある	
	時間や場所が分からない		<input type="checkbox"/> ときどきある	<input type="checkbox"/> ある	
	上記以外の認知症状記入欄				
かかりつけ医療機関	名称	〇〇病院		電話	03(5246)99××
	住所	△△区〇〇7-8-9			
既往歴	<input checked="" type="radio"/> 有・無	時期(新しい順)	病名(大きな病名などをご記入ください)	病院名	
		H23年 2月頃	脳梗塞	〇〇病院	
		年 月頃			
		年 月頃			

◆医師、看護師等医療専門職員による処置が日常的に必要な場合は必ずご記入ください。※医療行為のある方は入所のご案内が難しい場合があります。

◆過去3か月以内の該当する行動に漏れなくチェックをしてください。頻度については、左端の欄をご覧ください。
◆行為の内容について迷った場合は、担当のケアマネジャーや医師にご相談の上、チェックをご記入ください。

◆今までかかったことのある大きな病気(手術をした、入院した等)について発症時期が新しいものからご記入ください。
※現在も治療中、完治していないものについては「治療中の疾病等」にご記入ください。

2. 家族の状況について

世帯構成	<input type="checkbox"/> ひとり暮らし				
	<input type="checkbox"/> ご夫婦のみ	<input type="checkbox"/> 同世帯の家族が長期入院等で実態としてひとり暮らし			
	<input checked="" type="checkbox"/> 家族・同居人と生活	<input type="checkbox"/> 同世帯に家族はいるが、本人が入院・入所中			
	*「ひとり暮らし」以外に☑チェックした場合は、下記にご記入ください。				
	氏名	続柄	年齢	連絡先電話	備考
	台東 太郎	夫	〇〇		入院中
	台東 一郎	長男	〇△	090(5246)22××	
	台東 あさ	長男の妻	□□	090(5246)88××	
同居していないご家族について					
	氏名	続柄	年齢	住所	連絡先電話
	浅草 さくら	長女	□〇	台東区浅草〇-△-△	090(5246)11△△
	浅草 太郎	長女の夫	□△	"	090(5246)55××
	台東 二郎	次男	〇□	〇〇県□□市〇-×-×	090(5246)44××

◆「ひとり暮らし」とは本人が世帯主であり、実態として独りで生活している場合です。
◆「ひとり暮らし」以外の場合は、本人以外のご家族について必ずご記入ください。
※入院や施設等に入っている場合は、退院・退所後の状況をご記入ください。
◆特記すべきことがある場合は、「備考」欄へ記載ください。

◆上記以外のご家族について、本人の居住地から遠い近いを問わず、ご記入ください。

※記入例※

3. 介護者について

介護をする方（同居・別居を問わず親族等）が、
 いる いない
※本人が独居であり、介護を行う親族等が全くいない方は「口いない」に、遠方でも親族等がいる場合は「口いる」にチェックをしてください。

↓
 こちらにチェックをした方は、下記の内容をご記入ください

介護 を す る こ と が 困 難 な 理 由	主な介護者の氏名	浅草 さくら	(<input type="checkbox"/>) 歳	続柄	長女
	住所	台東区浅草〇一△一△			
	*主な介護者の状況について、該当するところに <input checked="" type="checkbox"/> チェックしてください。				
	<input checked="" type="checkbox"/> 働いているため、日中は不在等で介護ができない <input type="checkbox"/> 介護を理由に休職している <input type="checkbox"/> 妊娠中 <input type="checkbox"/> 修学中のため、日中は不在等で介護ができない <input type="checkbox"/> 就学前の子どもを養育している () 歳 <input type="checkbox"/> 介護者が、要介護1~5のいずれかに認定されている 要介護度 () <input type="checkbox"/> 介護者が、要支援1または2に認定されている 要支援度 () <input checked="" type="checkbox"/> 介護者が、身体障害者手帳、愛の手帳、精神障害者保健福祉手帳、難病等特殊疾病がある { 2 種 5 (級) 度 / 障害名・特定疾患名 : 〇〇〇 } <input checked="" type="checkbox"/> 介護者が、進行性の疾患や慢性疾患のため定期的な通院を余儀なくされ介護に支障がある { 疾病名: 慢性関節リウマチ 通院等: 1 回 / (月) 週 } <input checked="" type="checkbox"/> 本人以外にも要介護者・障害者等の介護をしている { 介護している人の氏名: 浅草 一夫 続柄: 義父 同居 (別居) } 要介護度(2)・要支援度() 障害: 種 級 / 障害名:				
自由記入欄					
介護協力者	主に介護をしている方のほかに介護に協力してくれる方は、 <input checked="" type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない				
	<input type="checkbox"/> ほぼ毎日協力してもらうことができる <input checked="" type="checkbox"/> 週の半分程度であれば、協力してくれる <input type="checkbox"/> 月に数回程度であれば、協力してくれる <input type="checkbox"/> 年に数回程度であれば、協力してくれる				

介護者が介護をすることが困難な場合、「介護をすることが困難な理由」欄内の該当する項目全てにチェックをしてください。

4. 介護をする上での住居の状況について

*持家・借家に関わらず、また病院や有料老人ホーム等に入院・入所中に関わらず、本人が居住すべき家屋の状況について、あてはまる項目にチェックしてください。

住まいを引き払っており、帰る先がない
 立ち退きを迫られている（立ち退き予定：年 頃）
 家（居室）が2階以上にあるが、エレベーターなどの昇降手段がない
 居室と同じ階にトイレやお風呂がない
 借家、住宅が狭い、経済的な理由等で、住宅改修が困難である

◆申込日の月を含む3か月分です。例：10月申込→8、9、10月分の利用票をご提出ください。

5. 在宅サービスの利用状況について

在宅で介護サービスを、 利用している 申込月を含む過去3か月分のサービス利用票の提出が必要です。
 利用していない

※申込月を含めた過去3か月以内に、入院・入所等により在宅サービスを利用していない期間がある方はご記入ください。

施設名:	入院・入所期間:	月 日 ~ 月 日
施設名:	入院・入所期間:	月 日 ~ 月 日

ケアマネジャーが、 いる（下記に記入してください。） いない

事業所名	担当者名
電 話 ()	利用票提出 (有) ・ 後日提出 (申請者・ケアマネ)

◆サービス利用票（3か月分）がお手元にある場合は、申込書と一緒に提出してください。→「有」に○をしてください。お手元がない場合は、後日ご提出ください。→「後日提出」に○をし、提出者（申請者もしくはケアマネ）を選択してください。