

～お申込み上のご留意点～

- *入所対象者は原則要介護3以上です。要介護1、2の方は別紙「特例入所理由書」の要件に該当する方に限り、入所対象者となります。別紙「特例入所理由書」を添えて施設へお申込みください。
- *こちらの申込書は、必ず控えをとってお手元で保管してください。
- *本申込書記載内容の状態やご連絡先など変化があった場合は、入所優先順位が変わることがありますので、必ず申込施設の生活相談員までご連絡をお願い致します。
- *本申込書は、施設が申込受付した日の翌月1日から2年間有効です。この期間を経過し、連絡がない場合は取り下げたものとみなしますのでご注意ください。

特別養護老人ホーム 入所申込書

(町田市統一書式)

受付日	年	月	日
受付番号			

申込者・本人以外の連絡先(家族または成年後見人)

住所	〒 _____		
申込者氏名	続柄		
電話	_____	_____	
携帯	_____	_____	

下記の特別養護老人ホームに入所を希望します。

入所申込施設名			
---------	--	--	--

フリガナ				性別
本人氏名				男・女
生年月日	明・大・昭	年	月	日 (歳)

現住所	〒 _____
電話	_____
携帯	_____

保険者(市区町村名)	市・区・町・村		
介護保険被保険者番号	0	0	0
要介護度	要介護 1・2 → 特例入所理由書を添付 要介護 3・4・5		
認定有効期間	平成 年 月 日 から	平成 年 月 日 まで	

入所希望者本人の状況

現在の暮らし	☐ 自宅にて一人暮らし ☐ 自宅が高齢者のみの世帯 ☐ 自宅で家族と暮らしている		
入所希望の理由(複数回答可)	☐ 介護者がいない ☐ 介護者が「高齢」「障がい」「疾病」等により十分な介護ができない ☐ 介護者の就労により十分な介護ができない ☐ 介護者の身体的・精神的負担が大きく十分な介護ができない ☐ 居住環境の事情により十分な介護ができない ☐ 施設や病院等から退所、退院を迫られているが、自宅での介護ができない ☐ 介護者が2人以上の要介護者、障がい者の介護または未就学児の育児をしているため十分な介護ができない ☐ 介護保険の利用限度額を超えて在宅サービスを利用しているため経済的負担が大きい ☐ 老人保健施設や病院に入所・入院しているが、入所費用・入院費等の負担が大きい ☐ その他		

入所希望の時期	☐ 1、至急 ☐ 2、半年以内 ☐ 3、半年から1年以内 ☐ 4、1年から2年以内(いずれ入所したい)		
本人の入所意向	☐ 入所を希望 ☐ 迷っている ☐ 拒否 ☐ 知らせていない ☐ 認知機能低下により理解が困難		

申請状況	☐ 当施設のみ申請 ☐ 他施設も申請中		
施設名			

主介護者	フリガナ	性別	事業所名
	氏名	男・女	電話
	生年月日	明・大・昭 年 月 日 (歳)	担当者氏名
	同居有無	☐ 同居している ☐ 別居している	

記入者氏名		本人との関係	☐ 主介護者 ☐ 同居家族 ☐ 別居家族 ☐ ケアマネジャー ☐ その他（ ）
-------	--	--------	---

日常生活の状況	視力	☐ 普通	☐ 弱視	☐ 見えない（眼鏡使用 あり・なし）		
	聴力	☐ 普通	☐ やや難聴	☐ 難聴（補聴器使用 あり・なし）		
	移動	☐ 自立	☐ 一部介助	☐ 全介助（車いす・歩行器・杖）を使用		
	食事	☐ 自立	☐ 一部介助	☐ 全介助		
	排泄	☐ 自立	☐ 一部介助	☐ 全介助（紙パンツ・紙パッド・紙おむつ）を使用		
	入浴	☐ 自立	☐ 一部介助	☐ 全介助		
	意思疎通	☐ できる	☐ 特別な場合を除いてできる	☐ 日常的に困難 ☐ できない		
	麻痺	☐ ない	☐ ある	（左上肢・右上肢・左下肢・右下肢）		
	拘縮	☐ ない	☐ ある	（肩関節・股関節・膝関節・手指・足指）		
認知症・行動障がい の状況	物を盗られたと被害的になることが		☐ ない	☐ 時々ある	☐ ある	
	作話をして周囲に言いふらすことが		☐ ない	☐ 時々ある	☐ ある	
	実際にはないものが見えたり聞こえることが		☐ ない	☐ 時々ある	☐ ある	
	怒って感情が不安定になることが		☐ ない	☐ 時々ある	☐ ある	
	夜間不眠あるいは昼夜逆転症状が		☐ ない	☐ 時々ある	☐ ある	
	暴言・暴行・大声を上げることが		☐ ない	☐ 時々ある	☐ ある	
	助言や介護に抵抗することが		☐ ない	☐ 時々ある	☐ ある	
	目的なく歩き回る・家に帰ると落ち着かなくなる・一人で外に出たがることが		☐ ない	☐ 時々ある	☐ ある	
	食べられないものを口に入れることが		☐ ない	☐ 時々ある	☐ ある	
追加・補足事項の記載欄						
医療の状況	既往歴・現在治療中の疾患					
	現在処方されている薬（コピー添付でも可）					
	必要な医療的なケア	☐ 経管栄養 ☐ 胃ろう ☐ IVH ☐ 在宅酸素 ☐ 気管切開 ☐ 褥瘡治療 ☐ バルーンカテーテル ☐ 人工膀胱 ☐ 人工肛門 ☐ インスリン注射 ☐ その他（ ）				
在宅サービスは利用していますか？ ☐ はい（「はい」の方は下記の欄にサービス名と利用頻度記載してください） ☐ いいえ （＊サービス利用票のコピー添付でも可）						
介護状況等、本人に対して配慮が必要なことを具体的に記載してください						
記載者	関係		続柄・職種		氏名	
担当ケアマネジャーもしくは相談員（病院・施設）より特養入所についてのご意見を記載してください（緊急性・虐待等）						
記載者	所属機関名		職種		氏名	

～特例入所理由書への記入上のご留意点～

*特例入所の対象者は要介護1もしくは2の方のうち、特例入所の理由・要件に該当する方に限られます。

したがって、理由・要件に該当しない方は入所対象となりません。

*本理由書は要介護1～2の認定を受けられている方のみ申込施設へ申込書と共に提出してください。

*本理由書は、必ず控えをとってお手元で保管してください。

*本申込書は、施設が申込受付した日の翌月1日から2年間有効です。この期間を経過し、連絡がない場合は取り

特別養護老人ホーム 特例入所理由書

(町田市統一書式)

受付日	年 月 日
受付番号	

入 所 希 望 者 の 情 報	フリガナ		性別	保険者(市区町村名)	市・区・町・村			
	本人氏名		男・女	介護保険被保険者番号				
				要介護度	要介護	1	2	
	生年月日	明・大・昭 年 月 日 (歳)	認定有効期間	平成 年 月 日 から 平成 年 月 日 まで				

※下記の特例入所に該当する理由・要件のうち、該当するものすべてをチェックしてください。

- ☐ 1. 認知症であることにより、日常生活に支障をきたすような症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁にみられる。
- ☐ 2. 知的障がい、精神障がいを伴い、日常生活に支障をきたすような症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁にみられる。
- ☐ 3. 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・安心の確保が困難な状態である。
- ☐ 4. 単身世帯である、同居家族が高齢または病弱である等により、家族等による支援が期待できず、かつ、地域での介護サービスや生活支援の供給が不十分である。

要介護認定の区分変更申請の 予定はありますか？	☐ ない ☐ ある	年 月 日に(申請予定・申請した)
----------------------------	---	-------------------

同意欄	本理由書を町田市へ提出することに同意します。 ※本理由書は町田市への報告義務があります。予めご了承ください。 本人氏名 _____ 印	
	_____ 年 月 日 代理人氏名(続柄) _____ 印	

担当ケアマネジャーもしくは担当相談員(病院・施設・高齢者支援センター等)が特例入所についてのご意見を記載してください。【緊急性・虐待等】

記載者	所属機関名	職種	氏名