令和9年度 第 1 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☑または〇で囲む

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		性別	□男 □女	生年月日	□大正 □昭和	年 月 日 （ 歳）
氏 名						
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		最初に要介護1以上の認定を受けた時期	□平成 □令和	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		
住 所（住民票のあるところ）	〒 －	電話	（ ）			
本人の居所	□ 在宅（住民票の住所） □ 在宅（住民票の住所以外の場所 ※下に記入）					
	住民票以外の場所		住民票以外の住所			
	□ 病院（一般・療養） □ 介護老人保健施設 □ 介護療養型医療施設（介護医療院等、転換後の施設含む）					
	□ 有料老人ホーム □ グループホーム					
	□ その他の施設（右のかっこに記入）〔 〕					
	施設名称		電 話	（ ）		
	住 所					
	利用期間	平成・令和 年 月 日 ～ 平成・令和 年 月 日（予定）				
年金等収入	年金受給 □有		年金以外の収入 □有			

申込者

フリガナ		入所希望者との関係	□本人 □夫 □妻 □息子 □娘 □孫 □兄弟姉妹 □甥・姪 □父・母 □叔父・叔母 □同居人 □友人・知人 □ケアマネジャー □民生委員 □その他（ ）
氏 名			
住 所	□入所希望者と同一 □入所希望者と異なる（下に記入）		
	〒 －		
連絡先電話	自 宅 （ ）	連絡がつきやすい曜日・時間帯	
	携 帯 （ ）	曜日	
	勤務先 （ ）	時間帯	
順位決定通知の送付先	□入所希望者宛て	宛先	
	□申込者宛て	郵便番号	〒 －
	□その他（右に宛先・郵便番号・住所を記入）	住所	

＊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

下記施設から希望施設**3施設**までチェック（多⇒多床室　従個⇒従来型個室　ユ個⇒ユニット型個室）

区内区立　□浅草（多）　□谷中（多）　□台東（多・従個）　□竜泉（多・ユ）

区内民間　□ほうらい（ユ個）　□フレスコ（ユ個）　□橋場すみれ園（ユ個）

区外　□白楽荘（多・個）　□みずほ園（多・個）　□良友園（多・個）　□新清快園（個・ユ）

□ひのでホーム（多・個）　□第２カントリービラ青梅（多・個）

□成蹊園（多・ユ）　□福楽園（多・個）　□和敬園（多・個）　□青梅愛弘園（多・個）

区外すべての施設を希望する場合　□こちらにチェック

希望する居室形態にチェック　□多床室　□従来型個室　□ユニット型個室

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。

□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　　代筆者氏名　　（関係 ）

記入不要

処理欄	受付者	□高齢 □（ ）包括	区処理	No.	居住	世帯		月1	月2	月3
		担当			□区内 □住特 □区外	□高齢者のみ	サービス			
							区分限度			

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。）
□	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 ）
□	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：
□	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。 【具体的な状況】
□	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】
その他	【自由記入欄】

※記入例を参考にしていただき、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、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、ご記入者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。

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

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	□有 □無 ＊有の場合は右に記入	
医療行為	□有 □無 ＊有の場合は☑	□ 経管栄養（ 胃ろう ・ 鼻腔 ） □ 中心静脈栄養 □ バルーンカテーテル □ 在宅酸素 □ 人工透析 □ インシュリン（ 経口薬 ・ 注射 ） 回／日 □ 人工肛門（ストマ） □ その他〔 〕
服　薬	□有 □無 ＊有の場合は☑	□ 血圧の薬 □ 高脂血症治療薬 □ 心臓の薬 □ 糖尿病治療薬 □ 認知症治療薬 □ 向精神薬 □ 整腸薬 □ その他（右のかっこに記入）〔 〕

認知症に関すること

（過去3か月以内の状況）

＊「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。

＊「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。

＊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。

A	徘徊（室内を含む）	□ ときどきある	□ ある
	暴言や暴力的な行動がある	□ ときどきある	□ ある
	排泄物をいじる等の不潔な行動がある	□ ときどきある	□ ある
	一人で出たがり目が離せない、外出すると戻れない	□ ときどきある	□ ある
	物を盗られたなどと被害妄想があり、対応が困難	□ ときどきある	□ ある
	ひどい物忘れ（火の不始末など）	□ ときどきある	□ ある
B	介護に抵抗する、拒否的である	□ ときどきある	□ ある
	昼夜の逆転がある	□ ときどきある	□ ある
	大声や奇声を出す	□ ときどきある	□ ある
	作り話（事実とは異なる話）をする	□ ときどきある	□ ある
	いろいろな物を集めたり無断でもってくる	□ ときどきある	□ ある
	（一日に何度もしつこく）同じ話をする	□ ときどきある	□ ある
	物を壊したり、衣類を破いたりする	□ ときどきある	□ ある
	人が分からない	□ ときどきある	□ ある
	時間や場所が分からない	□ ときどきある	□ 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		電 話 （　　）
	住 所		

既往歴　□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
昭・平・令　年　月頃		
昭・平・令　年　月頃		
昭・平・令　年　月頃		

2. 家族の状況について

世帯構成

□ ひとり暮らし

□ ご夫婦のみ　□ 同世帯の家族が長期入院等で実態としてひとり暮らし

□ 家族・同居人と生活　□ 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	連絡先電話番号	備　考

同居していないご家族について

氏　名	続柄	年齢	住　所	連絡先電話番号

記入不要

処理欄	No

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、親族等が全くいない方は「☐いない」に、遠方でも親族等がいる場合は「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		歳	続　柄	
住　所				

＊主な介護者の状況について、該当するところに☑チェックをしてください。

☐ 働いているため、日中は不在等で介護ができない　☐ 介護を理由に休職している　☐ 妊娠中
☐ 修学中のため、日中は不在等で介護ができない　☐ 就学前の子どもを養育している(　歳)
☐ 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　☐1 ☐2 ☐3 ☐4 ☐5
☐ 介護者が、要支援1または2に認定されている　⇒　要支援度　☐1 ☐2
☐ 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
(　種　級・度　／　障害名・特定疾患名　：　)
☐ 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て介護に支障がある

疾病名		通院等	回 ／ ☐月　☐週

☐ 本人以外にも要介護者・障害者等の介護をしている

介護を受けている方の氏名		続柄		住居	☐同居　☐別居

要介護度		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、☐ いる　☐ いない

※「いる」にチェックをした場合は、下記のいずれかに☑チェックをしてください。

☐ ほぼ毎日協力してもらうことができる
☐ 週の半分程度であれば、協力してくれる
☐ 月に数回程度であれば、協力してくれる
☐ 年に数回程度であれば、協力してくれる

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☑チェックをしてください。

☐ 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	令和		年		月頃

☐ 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

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	令和　年　月　日 ～ 令和　年　月　日
施設名		入院・入所期間	令和　年　月　日 ～ 令和　年　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(申請者)　☐後日(ケアマネ)

記入不要

処理欄	No.