

提出先は第一希望施設

ダウンロード版（令和7年12月改定）

第1号様式（第2条関係）（表）

足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あて

（□新規 □変更 □更新）

※記入又は該当する項目に☑してください。

申込日（変更申請日） 年 月 日

| | | | | | | | | | | |
|--------|---------|-------------------------|---|---|-----------------------------------|---|--|---|--------------------------------|--|
| 入所希望者 | フリガナ | | | | 性別 | <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 | 生活保護 | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | 区民歴（直近） | |
| | 氏名 | | | | 生年 月日 | 年 月 日 (歳) | | | 1.10年以上 2.1~10年未満 3.1年未満 | |
| | 住民登録地 | 〒 _____ | | | | | | | | |
| | 介護保険証番号 | | | | 保険者 | <input type="checkbox"/> 足立区 <input type="checkbox"/> その他 | 要介護認定有効期限 | 年 月 日 | | |
| | 要介護度 | 3 | 4 | 5 | 保険者が足立区以外の場合は、介護保険証のコピーを添付してください。 | | | | | |
| | 特例要介護度 | 1 | 2 | ※要介護1、2の場合は下記のいずれかに☑があれば申込可 <input type="checkbox"/> 認知症・知的障がい・精神障がいである <input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 深刻な虐待により行政が関与している | | | | | | |
| 入所希望施設 | 施設番号 | 施設名 ※第一希望は必ず記入してください | | | | 左記へ記入した希望施設以外への入所を希望する場合は下記へ☑ | | | | |
| | 第一希望 | | | | | | <input type="checkbox"/> 他の多床室も希望する。 | | | |
| | 第二希望 | | | | | | <input type="checkbox"/> 他のユニット型個室も希望する。 | | | |

| | | | | | |
|-------------------|--------------------------|---|-----------|--|--|
| 入所希望者を主に介護する人について | いざれか ☑ | □ひとり暮らし。または入院・入所前にひとり暮らしだった。 □虐待により家族等と同居できなくなった。 (介護者は介護サービス事業者のみ) | | →☑を付けた方は矢印へ進む | |
| | | □家族等と同居している。または入院・入所前に同居していた。(下記の欄を記入してください) | | | |
| 介護者氏名 | 〔続柄〕 生年 月日 | | 年 月 日 (歳) | <input type="checkbox"/> 入所希望者と同居中 <input type="checkbox"/> 入所希望者と別居中 | |
| 介護者の現在の状況 | ※入院・入所中の場合、在宅に戻った際の状況を記入 | □介護をする人が、障がい手帳等や介護認定を受けている。 または、進行性の疾患や慢性疾患のため、定期的な通院をしており、日常的な介護ができない。 ※右記の状況記入欄の記載がない場合は無得点 | | | |
| | | □介護をする人は、入所希望者以外にも障がい等がある方を介護している。 ※右記の状況記入欄の記載がない場合は無得点 | | | |
| | | □介護をする人は、75歳以上である。 □介護をする人は、65歳以上74歳以下である。 □介護をする人は、18歳以下である。 □介護をする人は、小学生以下の子どもを育児中である。 □介護をする人は、週合計40時間以上勤務をしている。 □介護をする人は、週合計20~39時間勤務をしている。 □介護のために仕事を続けられなくなった。（歳で退職） □上記に該当なし。 | | | |

| | | | | |
|-----------------|----------|-----------------------------|-----------------------------|--------------|
| 認知症の周辺症状(直近3か月) | | <input type="checkbox"/> ない | <input type="checkbox"/> ある | ※該当する項目すべてに☑ |
| □徘徊 | □暴力行為 | □不潔行為（弄便） | □異食 | □大声や奇声 |
| □帰宅願望 | □昼夜逆転 | □介護への抵抗 | □妄想 | □幻覚・幻聴 |
| □火の不始末 | □せん妄（錯乱） | □うつ・抑うつ | □失禁 | □食べない |

| | | | | | | |
|----|-------|----------|-----------------------------------|-------------|-------|------------|
| 病歴 | | 医療的ケア等 | ※しおりを参照し、入所希望先が受け入れできるかを確認してください。 | | | |
| | | | □胃ろう | □経管鼻腔 | □人工肛門 | □バルーンカテーテル |
| | □在宅酸素 | □M R S A | □肝炎 | □インシュリン（注射） | | |
| | □人工透析 | □たんの吸引 | □その他（ ） | | | |

提出先は第一希望施設

第1号様式（第2条関係）（裏）

| | | |
|-----------------------------|---|---|
| 入所希望者の住まいの状況 （現在） | 現在入所中の 病院・施設名 | 区・市 |
| | 現在の居場所（ウ） ※下記の項目1つに☑ | 生活環境 ※下記の項目1つに☑ ※日付の記載がある場合のみ加点 |
| | <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 病院（★） <input type="checkbox"/> 介護老人保健施設（★） <input type="checkbox"/> 介護医療院（介護療養型医療施設）（★） <input type="checkbox"/> ショートステイ（★） | ※左記に☑をした場合は、 <u>入所希望者の自宅</u> の状況に☑をしてください。 <input type="checkbox"/> 自宅から立ち退きを迫られている。（立ち退き期限：年　月） <input type="checkbox"/> 自宅を引払った等により、住居がない。（引払い日：年　月） <input type="checkbox"/> 自宅に段差があるが、エレベーターやスロープ等の昇降手段がない。 <input type="checkbox"/> 介護上の問題から、自宅の改修が必要だが、家主の承諾が得られない、または敷地面積が狭小、経済的な理由等で改修できない。 <input type="checkbox"/> 自宅に介護上の問題はない。 |
| | | (★)へ入所中の方は通算入所期間が1年を超えてますか。（工） <input type="checkbox"/> はい |
| | <input type="checkbox"/> グループホーム（★） <input type="checkbox"/> 有料老人ホーム（住宅型） <input type="checkbox"/> 有料老人ホーム（介護型） <input type="checkbox"/> サービス付き高齢者向け住宅 <input type="checkbox"/> ケアハウス <input type="checkbox"/> 特別養護老人ホーム <input type="checkbox"/> 養護老人ホーム | ※左記に☑をした場合は、 <u>その施設</u> の状況に☑をしてください。 <input type="checkbox"/> 入所施設から立ち退きを迫られている。（立ち退き期限：年　月） <input type="checkbox"/> グループホーム、有料老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅に入所中だが、経済的理由で退所予定。（退所予定日：年　月） <input type="checkbox"/> 入所施設に段差があるが、エレベーターやスロープ等の昇降手段がない。 <input type="checkbox"/> 介護上の問題から、入所施設の改修が必要だが、家主の承諾が得られない、または敷地面積が狭小、経済的な理由等で改修できない。 <input type="checkbox"/> 入所施設に介護上の問題はない。 |
| | | <input type="checkbox"/> ア <input type="checkbox"/> イ <input type="checkbox"/> カ <input type="checkbox"/> 災害 <input type="checkbox"/> 虐待 <input type="checkbox"/> 100歳以上 <input type="checkbox"/> キ |

| | | |
|-----|---|---|
| 担当者 | 特別な事情による加点等 ※しおりの優先入所基準「6」を参照 | <input type="checkbox"/> ア <input type="checkbox"/> イ <input type="checkbox"/> カ <input type="checkbox"/> 災害 <input type="checkbox"/> 虐待 <input type="checkbox"/> 100歳以上 <input type="checkbox"/> キ |
| | ※ケアマネジャー等 氏名 | 事業所名 電話番号 |
| | 支給限度額に対する在宅サービス利用率（過去3か月で一番多い%）（オ） ※入所希望者の現在の居場所が自宅、ショートステイ、ケアハウス、サービス付き高齢者向け住宅、有料老人ホーム（住宅型）のみ、上記の担当者が記載 | |

| | | | | |
|------|--|------|------|---|
| 特記事項 | （在宅生活が困難な理由、入所希望者の状況、介護者の状況等を詳しくお書きください） | | | 入所希望者の状況 1. 食事 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 2. 排泄 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 3. 移動 <input type="checkbox"/> 寝たきり <input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 杖歩行 <input type="checkbox"/> 車いす（介助・自操） 4. 認知症自立度 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> 不明 |
| | 記入者 | □担当者 | □連絡先 | □その他（ |

| | | | | | | |
|-----|------|------------------|----------------|--|----|---|
| 連絡先 | フリガナ | | 続柄 | | 年齢 | 歳 |
| | 氏名 | | 電話番号 | | | |
| | 住 所 | □入所希望者と同じ 〒 - | ※通知送付に使用するので必須 | | | |

| | | | | | | |
|-----|---|-------|--|---------|--|--|
| 同意書 | 内容をご確認の上、必ず☑をしてください。☑がない場合は、受付できません。 <input type="checkbox"/> 私は、入所に関する方法や手続き、利用料について理解したうえで申込み、申込書にある個人情報等の内容を区・各施設・入所検討委員会・地域包括支援センター・指定する介護支援専門員等へ提供すること、及び施設入所に際して、新たに健康診断書等を提供することに同意します。 <input type="checkbox"/> 入所希望施設より入所の打診をされた際は、 <u>すみやかに入所する意思があります。</u> <input type="checkbox"/> 入所希望施設を自己都合で断った場合は、辞退扱いとなり、届出が必要となることを確認しました。 | | | | | |
| | | 年　月　日 | | | | |
| | 入所希望者氏名 | | | (代筆者氏名) | | |

アイウエオカキ