

川崎市 特別養護老人ホーム入居申込書

特別養護老人ホームに入居したいので、次のとおり申し込みます。 新規の申込み 継続の申込み
(今後、郵便物などはこの連絡先にお送りさせていただきます。)

申込者・連絡先	フリガナ	入居希望者との関係	
	氏名	〔 〕	
	住所	〒 -	
	連絡先	電話番号 () <input type="checkbox"/> 終日 <input type="checkbox"/> 日中のみ <input type="checkbox"/> 夜間のみ 携帯電話 () <input type="checkbox"/> 終日 <input type="checkbox"/> 日中のみ <input type="checkbox"/> 夜間のみ	
入居希望施設名 ※原則5施設まで	1	2	※やむを得ない理由ある場合は裏面に6施設目を以降に記載してください。
	3	4	
居室タイプ	<input type="checkbox"/> 多床室を希望 <input type="checkbox"/> 個室を希望 <input type="checkbox"/> どちらでもよい		
保険者番号	<input type="checkbox"/> 1. 川崎市 <input type="checkbox"/> 2. その他 ()		
被保険者番号	介護保険被保険者証の写し(コピー)を1部必ず提出してください。		
フリガナ	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	年齢 歳
氏名	生年月日	<input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和	年 月 日
住所	〒 -		
電話番号	()		
入居希望者本人	担当ケアマネジャー等	フリガナ	氏名
		連絡先	()
要介護度	<input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5 [認定有効期間] 平成 年 月 日から平成 年 月 日まで ※要介護1又は要介護2の方へ <small>様式3「要介護1又は要介護2の方の申込チェックシート」の要件を満たさない方は、お申込の受付ができません。チェックシートを確認いただき、要件を満たしていることを確認してください。</small> <input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2 [認定有効期間] 平成 年 月 日から平成 年 月 日まで		
待機場所	<input type="checkbox"/> 1. 在宅 <input type="checkbox"/> 2. 介護老人保健施設 <input type="checkbox"/> 3. 病院・診療所 <input type="checkbox"/> 4. 養護老人ホーム <input type="checkbox"/> 5. グループホーム <input type="checkbox"/> 6. 介護付有料老人ホーム <input type="checkbox"/> 7. 住宅型有料老人ホーム <input type="checkbox"/> 8. その他 () ※2~8の場合 施設などの名 () ※2~8の場合 入居・入院年月日(平成 年 月 日)		
入居を希望する理由	1~4のうちあてはまるものをひとつだけ選択してください。 <input type="checkbox"/> 1. 介護するものがない。 <input type="checkbox"/> 2. 介護するものはいるが、要支援・要介護状態、高齢、病気療養中、障害を有する状況にあり、十分な介護ができない。 <input type="checkbox"/> 3. 介護するものはいるが、次の理由により十分な介護ができない。 <input type="checkbox"/> 複数介護 <input type="checkbox"/> 育児中 (← の場合、当てはまるものを全て選択してください) <input type="checkbox"/> 4. 介護する者が就労中で常時十分な介護ができなく(↓就労時間を選択して下さい) <input type="checkbox"/> 週35時間以上 <input type="checkbox"/> 週20時間以上35時間未満 <input type="checkbox"/> 週20時間未満 (常勤・非常勤の呼称やパート就労等の就労形態は問いません)		
認知症等による症状	生活状況等調書の「認知症等による症状」欄の1~7の項目に該当された場合のみご記入ください。 <input type="checkbox"/> 1. 「時々ある」が1項目以上 <input type="checkbox"/> 2. 「常にある」が1項目以上		

※この様式の控え(コピー)を1部保管しておいてください。入居継続の申込の際に必要となります。
※介護保険証の写し(コピー)を1部必ず提出してください。

《記入要領》

① 申込者・連絡先

今回の申込に関する施設からの連絡や、川崎市が行う「入居意向調査」の調査票などの送付させていただく先となります。

② 入居希望施設名

川崎市老人福祉施設事業協会のホームページ等を参考に、入居希望施設名を5つまで記入してください。なお、施設名記入欄の番号は、入所希望順位ではありませんので、申し込み後、記入いただいたこの施設から一番初めに連絡があるかは施設の状況等によります。予めご了承ください。

③ 介護保険資格情報(保険者番号・被保険者番号 など)

「介護保険被保険者証」(下記参照)の情報を転記してください。

医療保険証の情報とは異なりますので、お間違えの無いようお願いいたします。

行	種別	内容	届出
1	国民健康保険	国民健康保険	2014年1月
2	国民健康保険	国民健康保険	2014年1月
3	国民健康保険	国民健康保険	2014年1月
4	国民健康保険	国民健康保険	2014年1月
5	国民健康保険	国民健康保険	2014年1月

※ 必ず「介護保険被保険者証」のコピーを1部添付してください。

④ 担当ケアマネジャー等

ケアプランを作成しているケアマネジャーがいる場合は、当該欄に記入してください。なお、介護施設に入居している場合については、施設の担当者を記入してください。

⑤ 要介護度

認定有効期間については介護保険被保険者証等をご確認の上、漏れの無いよう必ずご記入ください。

⑥ 入居を希望する理由

1～4までのうち、該当するものを選んでチェックしてください。

また、3を選んだ場合についてのみ、「複数介護」「育児中」のうち、該当するものを全て選んでください。

なお、「育児中」とは、未就学児の子育てをしている場合に限りです。

⑦ 認知症等による症状

様:「生活状況等調書」の「認知症等による症状」を先にご確認ください。

川崎市 特別養護老人ホーム入居申込書 裏面

入居希望 施設名	6		7	
	8		9	
	10			

5施設を超えて入居申込を希望される理由(必ず記載してください)

1

《記入要領》

① 理由欄

5施設を超えて入居を希望する特別養護老人ホームがある場合には、裏面に記載をしてください。その際、5施設を超えて入居を希望される理由を御記入ください。

《記入要領》

生活状況等調書の作成にあたって、ケアプランを作成しているケアマネジャー（がいる場合は、必ず記入内容などについて相談してください。

① 記入者氏名・関係

調書の記入者氏名と、本人との関係を記入してください。

《本人の関係 例》

「担当ケアマネジャー」「施設職員」「病院ソーシャルワーカー」「家族・介護者」など

② 認知症等による症状

過去6か月程度の状態を元に、該当する症状を選択してください。

「常にある」は週1回以上、「時々ある」は月1回以上の頻度で症状が現れる場合を目安としてください。

また、投薬等によって一時的に症状が治まっている場合には、様式2の2枚目「その他」にその旨を記載してください。

③ 医療的ケアの要否

入居希望者本人が必要とする医療的ケアのうち、該当するものを選択してください。

「インスリン注射」「喀たん吸引」を選択した場合は、下段の設問にも回答をお願いします。

	氏名	性別	年齢	続柄	同居 別居	就労・健康・障害など 別居の場合は住所
家族状況	主な 介護者	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女			<input type="checkbox"/> 同 <input type="checkbox"/> 別	②
	1	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女			<input type="checkbox"/> 同 <input type="checkbox"/> 別	
	2	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女			<input type="checkbox"/> 同 <input type="checkbox"/> 別	
	3	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女			<input type="checkbox"/> 同 <input type="checkbox"/> 別	
	4	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女			<input type="checkbox"/> 同 <input type="checkbox"/> 別	
	5	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女			<input type="checkbox"/> 同 <input type="checkbox"/> 別	
現在利用している 居宅サービス等 *該当している すべての数字に ○をしてください。	<input type="checkbox"/> 1 訪問介護、訪問入浴介護、訪問リハビリテーション (ホームヘルプサービス) (月 〇 回程度)					
	<input type="checkbox"/> 2 訪問看護、居宅療養管理指導 (月 〇 回程度)					
	<input type="checkbox"/> 3 通所介護、認知症対応型通所介護、通所リハビリテーション (デイサービス、デイケア) (月 〇 回程度)					
	<input type="checkbox"/> 4 短期入所生活介護・療養介護 (ショートステイ) (月 〇 日程度)					
	<input type="checkbox"/> 5 (看護)小規模多機能型居宅介護 通い (月 〇 回程度) 宿泊 (月 〇 回程度) 訪問 (月 〇 回程度)					
	<input type="checkbox"/> 6 定期巡回・随時対応型訪問介護看護、夜間対応型訪問介護 訪問 (月 〇 回程度)					
	<input type="checkbox"/> 7 その他 ()					
	<input type="checkbox"/> 8 利用していない 理由()					
その他	*生活状況等、特記すべき事項があれば記入してください。					

《記入要領》

① 家族状況

家族構成をご記入ください。

同居している家族の他、配偶者、子が別居している場合には、ご記入ください。(人数が多い場合は、支援が期待できる方の記載でも構いません。)

また、「同居別居」欄については、同居の場合は「同」、別居の場合は「別」を選択してください。

② 就労・健康・障害など

家族状況に記入した家族について、以下のいずれかに該当し、介護に何らかの支障が出ている場合はその旨を記載してください。

(1) 就労している(「就労」と記入) (2) 高齢による体力低下等(「高齢」と記入)

(3) 要介護認定を受けている(要介護区分を記入 例「要介護1」)

(4) 障害を有している(「障害」と記入) (5) 疾病等により健康を損なっている(疾病名等を記入)

要介護1又は要介護2の方の申込チェックシート

 本人氏名

≪要介護1又は要介護2の方へ≫

平成27年4月の介護保険制度改正により、「要介護1」「要介護2」の判定を受けている方については、一定の要件に該当しない場合には、特別養護老人ホームへの入居申込ができなくなりました。

入居申込を行う場合は、このチェックシートで申込が可能であるか確認をしていただく必要があります。

◆チェック項目①

入居希望者の要介護区分が「要介護1」又は「要介護2」と判定されている。

- はい ⇒チェック項目②に進んでください。
 いいえ ⇒チェックシートの作成は不要です。

◆チェック項目②

入居希望時期を教えてください。 なるべく早く入居したい⇒チェック項目③に進んでください

いずれ入居したい

⇒ 入居の必要性が高い状態の方から優先的に入居のご案内をしております。早期入居の必要性が低い段階でお申し込みをいただいた場合、その後に状態が悪化した場合などに正確な状態の把握が出来ず、優先順位が下がってしまう可能性があります。入居のご案内は申込順ではございませんので、具体的に入居の必要性が出てからのお申し込みにご協力をお願いいたします。

◆チェック項目③

入居希望者本人が以下の項目に該当する場合は、チェックをつけてください。(複数可)

- (ア) 認知症(医師の診断あり)であり、表1のいずれかの症状が週1回以上の頻度で見られ、日常生活の継続が困難となっている。
- (イ) 認知症の疑い(医師の診断なし)があり、表1のいずれかの症状が週1回以上の頻度で見られ、日常生活の継続が困難となっている。
- (ウ) 知的障害・精神障害を伴い、表2のいずれかに該当し、かつ、それらの障害が原因で日常生活の継続が困難となっている。
- (エ) 介護保険の利用限度額を超える介護サービスの利用が必要で、全額自己負担による介護サービスの利用が複数か月に渡って続いている。
- (オ) 介護者がいない、又は介護者が高齢・病弱である等により十分な支援が期待できず、かつ、やむを得ない理由により必要な介護サービスや生活支援を、十分に利用できない状態である。

表1 乱暴なふるまいを行う。 自分の体を傷つける。 火の不始末がある。 徘徊し迷子になったことがある。 興奮したり騒いだりする。 不潔な行為がある。 異食することがある。	表2 療育手帳の交付又は障害者更生相談所の判定を受けている。 精神障害者保健福祉手帳の交付を受けている。 精神障害を事由とする年金を受給している。 精神障害を事由とする特別障害給付金の給付を受けている。 自立支援医療受給者証(精神通院医療に限る)の交付を受けている。 医師の診断を受けている。
---	---

チェック項目③の(ア)～(オ)のいずれか1つ以上に該当する方は、特別養護老人ホームへの入居申込が可能です。このチェックシートは、添付資料として必要ですので、必ず入居申込書と一緒に提出してください。

「チェック項目③」の(ア)～(オ)の1つ以上に該当する はい

様式4

要介護1又は要介護2の方の特別養護老人ホーム入居に係るケアマネジャー等意見書

施設長あて
 意見書作成者 _____ 印 (_____)
 所属事業所等 _____
 連絡先電話番号 _____
 平成 ____ 年 ____ 月 ____ 日

次の特別養護老人ホーム入居申込者について、川崎市特別養護老人ホーム入居指針の規定に基づき意見書を提出します。

本人氏名	生年月日	年	月	日
介護保険被保険者番号	住所			

特例入居要件該当有無(複数可)	<input type="checkbox"/> ① 認知症である者であって、日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁に見られる。
	<input type="checkbox"/> ② 知的障害・精神障害等を伴い、日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さ等が頻繁に見られる。
	<input type="checkbox"/> ③ 家族等による深刻な虐待が疑われること等により、自身の安全・安心の確保が困難である。
	<input type="checkbox"/> ④ 介護保険の利用限度額を超える介護サービスの利用が必要で、全額自己負担による介護サービスの利用が複数月に渡って続いている。
	<input type="checkbox"/> ⑤ 介護者がいない、介護者が高齢又は病弱である等により支援が期待できず、かつ、やむを得ない理由により必要な介護サービスや生活支援を十分に利用できない状態である。

特例入居要件に該当する理由・症状等	②
-------------------	---

生活歴・生活状況	③	家族構成等	④
	在宅(又は現在の施設等)での介護期間 _____ 年		(※)同居範囲、キーパーソンを明記

医療の状況	【病歴】
	【医療的ケアの要否】 <input type="checkbox"/> ストーマのケア <input type="checkbox"/> 酸素吸入のケア <input type="checkbox"/> 気管切開のケア <input type="checkbox"/> 点滴 <input type="checkbox"/> 胃ろう等による栄養管理 <input type="checkbox"/> インスリン注射 <input type="checkbox"/> 喀たん吸引 <input type="checkbox"/> 尿道カテーテル <input type="checkbox"/> その他(_____) <small>※インスリン注射の場合 注射の回数 <input type="checkbox"/> 朝 <input type="checkbox"/> 昼 <input type="checkbox"/> 夕 <input type="checkbox"/> 就寝前 服薬管理への切り替えの検討有無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無</small>

日常生活自立度	認知症高齢者の日常生活自立度(該当するものにチェック)	障害高齢者の日常生活自立度(該当するものにチェック)
	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input checked="" type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> J-1 <input type="checkbox"/> J-2 <input type="checkbox"/> A-1 <input type="checkbox"/> A-2 <input type="checkbox"/> B-1 <input type="checkbox"/> B-2 <input type="checkbox"/> C-1 <input type="checkbox"/> C-2

要介護認定情報	要介護区分 <input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2
	認定期間 _____ 年 ____ 月 ____ 日 ~ _____ 年 ____ 月 ____ 日

介護者の状況	要介護・要支援認定 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	要介護・要支援区分
	心身の障害 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	障害等の種類
	その他疾病有無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	疾病等の種類

現在利用しているサービス(※)種類・頻度を明記	介護保険制度	⑨
	居宅サービス利用限度額割合	<input type="checkbox"/> 100%以上 <input type="checkbox"/> 80%以上 <input checked="" type="checkbox"/> 60%以上 <input type="checkbox"/> 60%未満

介護保険制度以外	⑪
----------	---

その他特記事項	⑫
---------	---

《記入要領》

様式4「川崎市特別養護老人ホーム入居に係るケアマネジャー等意見書」については、ケアプランを作成しているケアマネジャーに作成を依頼してください。

施設入居等によって、ケアマネジャーの支援を受けることができない場合には、本人の状態を把握している方（介護者・家族は不可）が作成するようにしてください。

1. 特列入居要件該当有無

過去6か月程度の状態に基づき、4つの選択肢から、該当するものにチェックをつけてください。（複数選択可）
なお、「日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁に見られる」場合とは、1週間に1回程度それらの症状・行動等が見られる場合を目安としてください。

2. 特列入居要件に該当する理由・症状等

上の「特列入居要件該当有無」で①～⑤を選択した理由・具体的な状況等を記入してください。
その際には、単に症状などを羅列するのではなく、どのような繋がりや現在の生活継続が困難になるかを分かるように記入してください。

【①②を選択した場合の留意事項】

具体的な症状（例 認知症の場合：徘徊、異食、火の不始末 等）と、その頻度は必ず記入してください。
それらの症状と関係してどのような理由から施設入居を必要とするか、周辺環境、介護者の負担等を含めて記入するようにしてください。

【⑤を選択した場合の留意事項】

世帯構成や介護者の状況について記載するとともに、「必要な支援を受けることができない理由」「必要なサービス利用に結びつかない理由」について記載してください。

3. 生活歴・生活状況

介護期間については、
自宅の場合は「本人が要介護状態又はそれと同等の状態となり、介護者が介護を行った通算の期間（独居の場合は、本人が要介護状態又はそれと同等の状態となつてからの期間）」を記入してください。
施設等（介護保険施設、サービス付高齢者向け住宅、有料老人ホーム、認知症高齢者グループホーム、その他これに準ずる施設等）に入居している場合は、「現在の施設等に入居してからの期間」を記入してください。

4. 家族構成等

本人との同居範囲、主介護者（キーパーソン）が分かるように記載してください。

5. 医療の状況（医療的ケアの要否）

「インスリン注射」を選択した場合には、注射の回数と、服薬管理への移行の検討有無を記入してください。

6. 日常生活自立度

該当するものを○で囲ってください。

7. 要介護認定情報

更新又は変更申請中の場合は、現時点で発行されている介護保険被保険者証（暫定被保険者証）に記載されている情報に基づき記入してください。

8. 介護者の状況

主たる介護者の状況を記入してください。

9. 現在利用しているサービス（介護保険制度）

現在利用している介護保険サービスの種類、頻度を記入してください。
限度額超過により全額自己負担が発生している場合についても、超過分のサービスはこちらに計上してください。

10. 居宅サービス利用限度額割合

以下の式で求めた値が当てはまるものにチェックをつけてください。

<計算式>

直近の月の計画単位数（限度額超過分を含む） ÷ 利用限度単位数 = 居宅サービス利用限度額割合

11. 現在利用しているサービス（介護保険制度以外）

現在利用している介護保険制度以外の支援の種類、頻度を記入してください。
市が実施している事業の他、活用されている地域資源等がある場合もこちらに記入してください。

12. その他特記事項

上記の項目以外に、本人・介護者の状況などで施設の入居判定に必要なと思われる情報がある場合に記入してくだ

