

川崎市内に所在する特別養護老人ホームへの入居申込手続きについて

R8.10.1 川崎市健康福祉局高齢者事業推進課

川崎市では、市内に所在する特別養護老人ホームで統一の入居申込書を使用しています。

入居の必要度の高い方から優先的に入居できるよう、要介護度、その他の内容を点数化し、入居優先度の評価を行います。

1 申し込みできる方（①または②に該当し、自宅での生活が困難な方）

- ① 介護保険の要介護認定が要介護3から5の方で、常に介護を必要とし、自宅では介護が困難な方
- ② 介護保険の要介護認定が要介護1または2の方で、申込書様式3「要介護1又は要介護2の方の申込チェックシート」の要件を満たしている方

2 申し込みの対象となる特別養護老人ホーム

「特別養護老人ホーム一覧」を参照してください。4人部屋が主体の「従来型」、居室は個室で、10名前後の個室を1ユニットとして居間などを共有スペースとする「ユニット型」の施設があります。

3 申し込み方法

入居を希望されている施設（原則5施設まで）を選択の上、郵送により川崎市老人福祉施設事業協会へ提出してください。

《提出書類》

- 様式1 川崎市特別養護老人ホーム入居申込書（※1）
- 様式2 生活状況等調書（※2）
- 様式6 同意書
- 要介護1・2の方のみ提出（※3）
 - ・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
 - ・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

（※1）必ず「介護保険被保険者証」のコピーを添えてください。介護保険被保険者証見本↓

介護保険被保険者証		要介護認定区分等	給付制限	内 容	期 間
番 号		認定年月日 (事業対象者の場合は、基本 ナニツクリスト認定施設)		施設利用日 終了年月日	
被 保 険 者	住所	認定の有無期間		施設利用日 終了年月日	
フリガナ		認定サービス等		施設利用日 終了年月日	
氏 名		区分支給限度基準額		施設利用日 終了年月日	
生年月日	性別 男・女	1月当たり サービスの種類	単位 種類支給限度基準額	施設利用日 終了年月日	
交付年月日		(うち種類支給 限度基準額)		施設利用日 終了年月日	
保険者番号 並びに保険 者の名称及 び印	1 4 1 3	認定審査会 の意見及び サービスの 種類の認定		施設利用日 終了年月日	
川 崎 市 みほん				施設利用日 終了年月日	

(※2) 生活状況等調書の作成について

生活状況等調書の作成に当たって、不明な点がある場合は、ケアプランを作成しているケアマネジャー（介護支援専門員）がいる場合は、記入内容の確認・相談をしてください。

(※3) 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介護支援専門員等意見書」の提出について

要介護1又は要介護2の区分の方は、④の入居判定委員会に先立ち、様式4「川崎市特別養護老人ホーム入居に係る介護支援専門員等意見書」の提出が必要になります。

様式4「川崎市特別養護老人ホーム入居に係る介護支援専門員等意見書」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が作成するようにしてください。

4 作成手順

- ① 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」で申込可否を確認（要介護1・2の方のみ）
- ② 川崎市老人福祉施設事業協会ホームページ等で申込希望施設を探す
- ③ 様式1、様式2、様式6（同意書）、要介護度1・2の方は様式3・様式4を作成 ⇒作成完了です

5 入居決定までの流れ

- ① 申込書類一式（※1）の提出・受理（申込者⇒川崎市老人福祉施設事業協会）
- ② 協会にて、申込内容をシステムに登録し、市が定める指針に基づき点数化
- ③ 各施設がシステムを確認し、入居順位名簿に登録
- ④ 入居順位が上位となった方への個別訪問・面接等（入居希望施設⇒申込者）
- ⑤ 各施設の「入居判定委員会」にて、点数及びその他個別の要件に基づき入居順位を決定
- ⑥ 入居決定の連絡（入居希望施設⇒申込者）
- ⑦ 入居契約
- ⑧ 施設への入居

（※1）必ず「介護保険被保険者証」のコピーを添えてください。

6 入居判定について

入居の必要度の高い方から優先的に入居できるよう、要介護度、その他の内容を点数化して、入居判定の参考としています。入居判定の詳細については、「川崎市特別養護老人ホーム入退居指針」を参照してください。

7 お申込後に状態が変わられた場合

入居申込をいただいた後、状態の変化や、介護者の変更、世帯構成の変化（家族と同居⇒独居 など）等があった場合については、様式5「入居申込状況変更（辞退）届」を、お申込いただいている川崎市老人福祉施設事業協会に提出してください。

《入居申込状況変更（辞退）届の提出が必要な場合》

～状況の変更～

- ・申込者の住所や連絡先が変わった場合
- ・待機場所に変更があった場合（例 在宅⇒病院 など）
- ・入居を希望する理由に変更があった場合
- ・認知症等による症状に変化があった場合（例 頻度が増えた など）
- ・入居を希望する施設の数を増やしたい・変更したい・減らしたい場合

～申込の辞退～

- ・何らかの理由により、入居の必要がなくなった場合

＜ご注意＞

入居希望者の住所変更等の場合には、変更後の「介護保険被保険者証」の写しも提出してください。

要介護度が変わられた場合については、様式5「入居申込状況変更（辞退）届」の提出ではなく、新規及び継続の申込の時と同様に、様式1 （※1）、様式2、様式6（同意書）、要介護度1・2の方は様式3・様式4の提出をお願いします。

（※1）必ず「介護保険被保険者証」のコピーを添えてください。

8 お申込の継続について

入居申込をいただいた後、要介護度の認定有効期間の満了をもって、1 度、入居申込についても有効期間の満了として取り扱うこととなる関係上、その後も特養への入居を希望される方については、入居申込書や新たな介護保険証の写し等、入居申込継続に必要な書類の作成をお願いすることになります。

これらの入居申込継続に必要な書類の提出は、原則として、要介護度の認定有効期間の満了日までをお願いしております。満了日までに提出が間に合わない場合は、予め川崎市老人福祉施設事業協会まで御一報ください。

《要介護度の認定有効期間の満了日が近づいた場合》

満了日の前になりましたら、川崎市老人福祉施設事業協会より、更新の御案内をいたします。

この案内を確認し、次の書類を川崎市ホームページや各区役所の窓口で入手いただき、作成の上、**川崎市老人福祉施設事業協会**へ御提出ください。

●様式1 川崎市特別養護老人ホーム入居申込書（※1）

●様式2 生活状況等調書

●様式6 同意書

●要介護1・2の方のみ提出

・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

・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介護支援専門員等意見書

（※1）必ず「介護保険被保険者証」のコピーを添えてください。

（送付先）

〒213-0001

川崎市高津区溝口1-6-10 てくのかわさき3階

川崎市老人福祉施設事業協会

[電話] 044-812-1231

※受付時間：月～金曜日 9時～16時（土日祝日及び年末年始を除く）

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

申込者・連絡先	フリガナ	入居希望者との関係				
	氏名	()				
	住所 (郵便物送付先)	〒 -				
	連絡先	電話番号	□ 終日 □ 日中のみ □ 夜間のみ			
		携帯電話	□ 終日 □ 日中のみ □ 夜間のみ			
入居希望者本人	入居希望施設名	・ ・ ・ ・ ・		※原則5施設まで記載やむを得ない理由がある場合は、裏面に6施設目以降を記載してください。		
	居室タイプ	□ 多床室を希望 □ 個室を希望 □ どちらでもよい				
	介護保険 保険者番号		保険者の名称	□ 川崎市 □ その他 ()		
	介護保険 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	□ 男 □ 女	年齢	歳
	氏名		生年月日	□ 昭和 □ 大正 □ 明治	年	月 日
	住所	〒 -				
	電話番号					
	担当ケアマネ ジャー等	フリガナ	氏名	事業所名	電話番号	
	要介護度	□ 要介護3 □ 要介護4 □ 要介護5 [認定有効期間] 年 月 日から 年 月 日まで 要介護1、2に該当する方は様式3に記載の要件を満たさない場合申込できません。 □ 要介護2 □ 要介護1 [認定有効期間] 年 月 日から 年 月 日まで				
待機場所	□ 1.在宅 □ 2.介護老人保健施設 □ 3.病院・診療所 □ 4.養護老人ホーム □ 5.グループホーム □ 6.介護付有料老人ホーム □ 7.住宅型有料老人ホーム □ 8.その他() 2~8の場合 施設などの名称 () 入居・入院年月日 年 月 日					
入居を希望する理由	□ 1.介護するものがない。 □ 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。 □ 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。 □ 複数介護 □ 育児中 (3の場合、該当するもの全て選択してください) □ 4.介護する者が就労中で常時十分な介護ができない。(↓就労時間を選択して下さい) □ 週35時間以上 □ 週20時間以上35時間未満 □ 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)					

※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。

※介護保険被保険者証の写し(コピー)を1部必ず提出してください。

川崎市 特別養護老人ホーム入居申込書（裏面）

6施設目以降

入居希望 施設名	.
	
	.
	
	.
	

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)

7

《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」の調査票などを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。

(一)		(二)		(三)	
介護保険被保険者証		区分支給限度基準額		給付期間	
番号		認定年月日		開始年月日	
住所		認定の有効期間		終了年月日	
フリガナ		認定サービス等		開始年月日	
氏名		1月当たり	単位	終了年月日	
生年月日		サービスの種類	種類支給限度基準額	開始年月日	
交付年月日		認定審査会の意見及びサービスの種類の指定		終了年月日	
保険者番号並びに被保険者の名称及び印	1413 川崎市			開始年月日	

※ 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。

裏面

7. 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。

生活状況等調書

※この書類の作成に当たっては、直近の状態の分かる専門職(ケアマネジャー・病院の相談員等)に必ずご相談ください。

記入者氏名(①) 関係()

入居希望者の状況													
日常生活自立度	☐ 自立 ☐ J1 ☐ J2 ☐ A1 ☐ A2 ☐ B1 ☐ B2 ☐ C1 ☐ C2												
認知症自立度	☐ 自立 ☐ I ☐ II ☐ IIA ☐ IIB ☐ IIIA ☐ IIIB ☐ IV ☐ M												
身体 の 状況	食事 ☐ 1 自立 ☐ 2 一部介助 ☐ 3 全介助 [食事の種類 ☐ 常食 ☐ 半粥 ☐ 全粥 ☐ ミキサー]												
	排泄 ☐ 1 自立 ☐ 2 一部介助 ☐ 3 全介助 [おむつの使用 ☐ なし ☐ 昼夜 ☐ 夜間のみ]												
	入浴 ☐ 1 自立 ☐ 2 一部介助 ☐ 3 全介助 ☐ 4 行っていない(清拭など)												
	着脱衣 ☐ 1 自立 ☐ 2 一部介助 ☐ 3 全介助												
	移動 ☐ 1 自立 ☐ 2 一部介助 ☐ 3 全介助 [歩行 ☐ つかまり歩き ☐ 杖使用 ☐ 車椅子 ☐ ねたきり]												
	視力 ☐ 1 普通 ☐ 2 やや悪い ☐ 3 人の動きがわかる程度												
	聴力 ☐ 1 普通 ☐ 2 やや悪い ☐ 3 大声が聞き取れる [補聴器 ☐ 使用あり]												
	言語 ☐ 1 普通 ☐ 2 聞き取りにくい ☐ 3 聞き取れない												
認知症等による症状	*次のような行動がある場合は、すべてにチェックを入れてください。(複数可) 症状については、過去6か月程度の状態を参考としてください。 「時々ある」…月に1回以上行動がある場合／「常にある」…週に1回以上行動がある場合 1 乱暴なふるまいを行う ☐ 該当なし ☐ 時々ある ☐ 常にある 2 自分の体を傷つける ☐ 該当なし ☐ 時々ある ☐ 常にある 3 火の不始末がある ☐ 該当なし ☐ 時々ある ☐ 常にある 4 徘徊し迷子になったことがある ☐ 該当なし ☐ 時々ある ☐ 常にある 5 興奮したり騒いだりする ☐ 該当なし ☐ 時々ある ☐ 常にある 6 不潔な行為がある ☐ 該当なし ☐ 時々ある ☐ 常にある 7 異食することがある ☐ 該当なし ☐ 時々ある ☐ 常にある												
疾病 の 状況 *現在治療中の病気・今までかかった病気	<table><thead><tr><th>病名</th><th>医療機関</th><th>治療期間</th></tr></thead><tbody><tr><td></td><td></td><td>年 月頃～ 年 月頃 ☐ 現在治療中</td></tr><tr><td></td><td></td><td>年 月頃～ 年 月頃 ☐ 現在治療中</td></tr><tr><td></td><td></td><td>年 月頃～ 年 月頃 ☐ 現在治療中</td></tr></tbody></table>	病名	医療機関	治療期間			年 月頃～ 年 月頃 ☐ 現在治療中			年 月頃～ 年 月頃 ☐ 現在治療中			年 月頃～ 年 月頃 ☐ 現在治療中
病名	医療機関	治療期間											
		年 月頃～ 年 月頃 ☐ 現在治療中											
		年 月頃～ 年 月頃 ☐ 現在治療中											
		年 月頃～ 年 月頃 ☐ 現在治療中											
医療的ケアの要否	☐ 該当なし ☐ ストーマのケア ☐ 酸素吸入のケア ☐ 気管切開のケア ☐ 点滴 ☐ 胃ろう等による栄養管理 ☐ インスリン注射 ☐ 喀たん吸引 ☐ 尿道カテーテル ☐ その他() ※「インスリン注射」を選択した場合 注射の回数 ☐ 朝 ☐ 昼 ☐ 夕 ☐ 就寝前 ※「喀たん吸引」を選択した場合 吸引の頻度 ☐ 日中 ☐ 夜間												

家族状況	氏名 (1に主な連絡先となる方を記入)		年齢	続柄	同居 別居	勤労・健康・障害など (別居の場合は住所を記入)	
	1	4			☐ 同 ☐ 別	5	
	2				☐ 同 ☐ 別		
	3				☐ 同 ☐ 別		
	4				☐ 同 ☐ 別		
	5				☐ 同 ☐ 別		
担当ケアマネジャー等		フリガナ		事業所名			
氏名		電話番号					
現在利用 している 居宅 サービス等	☐ 1 訪問介護、訪問入浴介護、訪問リハビリテーション (月 回程度) (ホームヘルプサービス)						
	☐ 2 訪問看護、居宅療養管理指導 (月 回程度)						
	☐ 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 (月 回程度) (デイサービス、デイケア)						
	☐ 4 短期入所生活介護・療養介護 (月 回程度) (ショートステイ)						
	☐ 5 (看護)小規模多機能型居宅介護 通い (月 回程度) 宿泊 (月 回程度) 訪問 (月 回程度)						
	☐ 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 回程度)						
	☐ 7 その他(介護保険制度以外を含む) ()						
	☐ 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。					

*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》

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。

裏面

4. 家族状況

家族構成をご記入ください。（主な連絡先となる方を「1」に記入してください）

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。

5. 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）

6. 現在利用しているサービス等

（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にチェックをつけ、利用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。

介護保険サービスを利用していない場合には、理由を記入してください。

（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。

入居希望者本人氏名	
-----------	--

«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 ⇒要介護3～5の場合、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。
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。
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、
 - ☐ (オ) 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

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

意見書作成者

資格

所属事業所等

連絡先電話番号

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退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		昭和・大正・明治 年 月 日												
介護保険被保険者番号		要介護度	住所													
特例入居要件該当有無 (複数可)	☐ 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。															
	☐ 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。															
	☐ 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。															
	☐ 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か月に渡って続いている。															
	☐ 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	※同居範囲、キーパーソンを明記 4											
	在宅(又は現在の施設等)での介護期間 年															
医療の状況	【病歴】															
	【医療的ケアの要否】 <table><tr><td>☐ 該当なし</td><td>☐ ストーマのケア</td><td>☐ 酸素吸入のケア</td><td>☐ 気管切開のケア</td></tr><tr><td>☐ 点滴</td><td>☐ 胃ろう等による栄養管理</td><td>☐ インスリン注射</td><td>☐ 喀たん吸引</td></tr><tr><td>☐ 尿道カテーテル</td><td>☐ その他()</td><td colspan="2"></td></tr></table> 「インスリン注射」の場合 注射の回数 ☐ 朝 ☐ 昼 ☐ 夕 ☐ 就寝前 服薬管理への切り替えの検討の有無 ☐ 有 ☐ 無					☐ 該当なし	☐ ストーマのケア	☐ 酸素吸入のケア	☐ 気管切開のケア	☐ 点滴	☐ 胃ろう等による栄養管理	☐ インスリン注射	☐ 喀たん吸引	☐ 尿道カテーテル	☐ その他()	
☐ 該当なし	☐ ストーマのケア	☐ 酸素吸入のケア	☐ 気管切開のケア													
☐ 点滴	☐ 胃ろう等による栄養管理	☐ インスリン注射	☐ 喀たん吸引													
☐ 尿道カテーテル	☐ その他()															
日常生活自立度	☐ 自立 ☐ J1 ☐ J2 ☐ A1 ☐ A2 ☐ B1 ☐ B2 ☐ C1 ☐ C2															
認知症自立度	☐ 自立 ☐ I ☐ II ☐ IIA ☐ IIB ☐ IIIA ☐ IIIB ☐ IV ☐ M															
介護者の状況	要介護・要支援認定	☐ 有 ☐ 無		要介護・要支援区分												
	心身の障害	☐ 有 ☐ 無		障害等の種類												
	その他疾病有無	☐ 有 ☐ 無		疾病等の種類												
現在利用しているサービス	介護保険制度・介護保険制度以外		様式2のとおり													
	居宅サービス利用限度額割合		☐ 100%以上 ☐ 80%以上 ☐ 60%以上 ☐ 60%未満													
その他特記事項	9															

《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. 特例入居要件該当有無

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. 特例入居要件に該当する理由・症状等

上の「特例入居要件該当有無」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、どのような繋がりによって現在の生活継続が困難になるかを分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・認知症自立度

該当するものを選んでチェックしてください。

7. 介護者の状況

主たる介護者の状況を記入してください。

8. 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

9. 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と思われる情報がある場合に記入してください。

川崎市 特別養護老人ホーム申込状況変更(辞退)届

提出した川崎市特別養護老人ホーム入居申込書について **内容の変更 / 辞退** を届出します。

*太線枠内の項目は必ず記入してください。

申込者	フリガナ					入居希望者との関係				
	氏名					()				
	連絡先	電話番号					☐ 終日 ☐ 日中のみ ☐ 夜間のみ			
		携帯電話					☐ 終日 ☐ 日中のみ ☐ 夜間のみ			
入居希望者	介護保険 保険者番号					保険者の名称	☐ 川崎市 ☐ その他 ()			
	介護保険 被保険者番号									
	フリガナ					生年月日	☐ 昭和 ☐ 大正 ☐ 明治			
	氏名						年 月 日			

*辞退の場合は、「入居申込みを辞退する理由」欄のみ記入してください。

入居申込みを 辞退する理由	☐ 1. 市外の特別養護老人ホームに入居したため。 施設名()
	☐ 2. 1以外の施設、病院等へ入所、入院したため。 施設・病院名()
	☐ 3. 在宅での生活を継続するため。
	☐ 4. 要介護状態区分等が自立若しくは要支援1又は要支援2と認定されたため。
	☐ 5. 死亡のため。
	☐ 6. その他 ()

*変更の場合は、下記項目のうち、内容の変更が生じた箇所のみ記入してください。

*要介護度が変更となった場合は、お手数ですが、全ての様式を改めて提出してください。

申込者	住所	〒 -									
	入居希望者住所	〒 -									
入居希望者本人	電話番号										
	担当ケアマネジャー等	フリガナ					電話番号				
		氏名					事業所名				
	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の項目に変更が生じた場合のみ御記入ください。									
		*症状については、過去6か月程度の状態を参考としてください。(複数回答可)									
「時々ある」…月に1回以上行動がある場合／「常にある」…週に1回以上行動がある場合											
	1 乱暴なふるまいを行う	☐ 該当なし	☐ 時々ある	☐ 常にある		2 自分の体を傷つける	☐ 該当なし	☐ 時々ある	☐ 常にある		
	3 火の不始末がある	☐ 該当なし	☐ 時々ある	☐ 常にある		4 徘徊し迷子になったことがある	☐ 該当なし	☐ 時々ある	☐ 常にある		
	5 興奮したり騒いだりする	☐ 該当なし	☐ 時々ある	☐ 常にある		6 不潔な行為がある	☐ 該当なし	☐ 時々ある	☐ 常にある		
	7 異食することがある	☐ 該当なし	☐ 時々ある	☐ 常にある							

川崎市 特別養護老人ホーム申込状況変更(辞退)届 (裏面)

様式5 裏面

入居希望者本人	待機場所	☐ 1.在宅 ☐ 2.介護老人保健施設 ☐ 3.病院・診療所 ☐ 4.養護老人ホーム ☐ 5.グループホーム ☐ 6.介護付有料老人ホーム ☐ 7.住宅型有料老人ホーム 2～7の場合 施設などの名称 (_____) 入居・入院年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 ☐ 8.その他 (_____)	
	入居を希望する理由	☐ 1.介護するものがない。 ☐ 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。 ☐ 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。 ☐ 複数介護 ☐ 育児中 (3の場合、該当するもの全て選択してください) ☐ 4.介護する者が就労中で常時十分な介護ができない。 ☐ 週35時間以上 ☐ 週20時間以上35時間未満 ☐ 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)	
	入居希望施設名	変更前	変更後
	*1施設のみの変更でも希望する全ての施設をご記入ください。	1	
居室タイプ	☐ 多床室を希望 ☐ 個室を希望 ☐ どちらでもよい		

6施設目以降

入居希望施設名	変更前	変更後
・		・
・		・
・		・
・		・
・		・

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)

2

《記入要領》

1. 入居希望施設名

入居を希望される施設に変更がある場合にはお手数ですが、変更前の施設と変更後それぞれの申込施設名を記載してください。

また、5施設を超えて入居希望がある場合はにも必要事項を御記入ください。

2. 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。

同意書

川崎市長宛て

特別養護老人ホームへの入居申込にあたり、正確な情報把握を行うことにより、適正、公平及び円滑な入居判定の実施を図るため、次に掲げる事項の内容が申込書に記載した内容と相違している場合、川崎市が保有している各事項について、入居申込に必要な範囲に限り、川崎市老人福祉施設事業協会及び入居を希望する施設に提供することに同意します。

※ただし、川崎市の被保険者のみの情報提供になります

- | | |
|--------------------|------------|
| 1 介護保険被保険者番号 | 2 氏名 |
| 3 住所 | 4 性別 |
| 5 生年月日、年齢 | 6 要介護度 |
| 7 要介護認定・要支援認定の有効期間 | 8 介護保険資格情報 |
| 9 介護保険サービス利用状況 | |

_____年 _____月 _____日

入居希望者：氏名 _____

代筆者：氏名 _____
(入居希望者との関係性： _____)