

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 ()	☐ 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	1			2		
		3			4		
		5			※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					
	保険者番号			☐ 1. 川崎市 ☐ 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	☐ 男 ☐ 女	年 齢	歳
	氏 名			生年月日	☐ 明治 ☐ 大正 ☐ 昭和	年	月 日
	住 所	〒 [] [] [] - [] [] [] []					
	電話番号	()					
	担当ケアマネジャー等	フリガナ			事業所名		
		氏名					
		連絡先	()				
	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又は要介護2の方へ 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。 チェックシートをご確認いただき、要件を満たしていることを確認してください。 ☐ 要介護1 ☐ 要介護2 [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 () ※2～8の場合 入居・入院年月日(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。 ☐ 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、当てはまるものを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)						
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。 ☐ 1. 「時々ある」が1項目以上 ☐ 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。

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)

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 (_____)

令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

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	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)	☐ 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、心身の安全・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			

生活歴・ 生活状況			家族構成等	(※)同居範囲、キーパーソンを明記
	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】 ☐ 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有無 ☐ 有 ☐ 無			
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)			
	自立 I IIa IIb IIIa IIIb IV M 障害高齢者の日常生活自立度(該当するものにチェック) 自立 J-1 J-2 A-1 A-2 B-1 B-2 C-1 C-2			
要介護 認定情報	要介護区分	☐ 要介護1 ☐ 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	☐ 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 (※)種類・頻度 を明記	介護保険 制度				
	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
	介護保険 制度以外				

その他 特記事項	
-------------	--