

令和 年度

千代田区 特別養護老人ホーム入所申込書(兼変更届出書)

欄内にご記入ください。

記入日	令和 年 月 日
-----	----------

本人の 情報	フリガナ			性別	介護保険被保険者番号		
	氏名			男・女			
	住所	〒			介護保険保険者番号		
	生年月日	明治・大正・昭和			要介護度	生活保護の受給	
		年	月	日生	1・2・3・4・5	あり・なし	
	医療処置 <small>(該当箇所に○)</small>	あり・なし	1. 胃ろう 2. バルーンカテーテル 3. 人工肛門 4. 人工透析 5. 在宅酸素 6. インシュリン注射 7. IVH 8. その他 (詳細)				
生活場所 <small>(該当箇所に○)</small>	1. 自宅 2. 病院 3. 介護老人保健施設 4. 介護医療院 5. 特別養護老人ホーム 6. グループホーム 7. ケアハウス 8. 有料老人ホーム 9. その他 (病院・施設名等) (電話番号)						
担当ケア マネジャー	(事業所名)						
	(氏名)			(電話番号)			

「該当箇所に○」 希望施設 (複数選択可)	千代田区立一番町特別養護老人ホーム	
	特別養護老人ホーム かんだ連雀	
	小規模特別養護老人ホーム ジロール麹町	
	ザ番町ハウス	

申込 (上から 優先) 連絡先	1	フリガナ			本人との関係
		氏名			
	電話番号	①	②		
	2	フリガナ			本人との関係
氏名					
電話番号	①	②			

申込理由	(必ずご記入ください)
------	-------------

※要介護1又は2の方のみご記入ください。(必ずいずれかにチェックを入れてください。)

(複数回答可) 特例要件	<input type="checkbox"/> 認知症であることにより、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"/> 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"/> 単身世帯又は同居家族が高齢・病弱である等により、家族等による支援が期待できずかつ、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。

裏面もご記入ください。

環境 ポイント 住宅	介護困難 ひとり暮らしである	
	介護者がいない	
	本人の生活場所が、エレベーター(昇降機含む)が無く2階以上で、自力で階段の昇り降りができない	

*介護者がいる場合、ご記入ください。

介護者	フリガナ	本人との関係		
	氏名			
介護 困難 ポイント	上記の介護者の年齢が75歳以上、もしくは20歳以下			
	①上記の介護者が要介護1以上			
	②上記の介護者が「身体障害者手帳」1～4級を所持			
	③上記の介護者が「精神障害者保健福祉手帳」を所持			
	④上記の介護者が「療育手帳(愛の手帳等)」を所持			
	⑤上記の介護者がその他上記①～④に準ずる			
	上記の介護者が就労している			
	上記の介護者に小学生以下の子がいる			
	上記の介護者が本人の他に、要介護者・手帳所持者等(上記①～⑤の状況にある者)の介護をしている			

↑ 該当項目に応じた証明書類の提出が必要となります。

(「千代田区 特別養護老人ホームの入所申込について」の「Ⅱ入所申込に必要な書類」をご確認ください。)

(○が無いと申込できません)	確認事項	①特別養護老人ホーム入所までの流れについて 「特別養護老人ホームの入所申込について」及び付帯書類を一読し、施設入所調整に係る名簿(入所申込者名簿及び入所候補者名簿)の仕組みをはじめ、そこに書かれている事項を理解しました。	
		②個人情報について 入所調整にあたって必要があるときは、本申込書及び要介護認定にかかる認定調査票・主治医意見書の情報を、区の高齢介護課職員、特別養護老人ホーム入所調整委員会委員、特別養護老人ホーム職員、高齢者あんしんセンター職員に提示することに同意します。	

署名欄	
申込内容及び確認事項について、事実と相違ないことを誓約し、特別養護老人ホームの入所申込を行います。事実と異なる申込を行った場合、無効となることに異議はありません。	
本人署名	令和 年 月 日
または 代理人署名	
	本人との関係 ()

受付印押印欄

【問合せ先】 千代田区 保健福祉部 高齢介護課 高齢介護係 電話03-5211-4321

※区記載欄(記入不要)※		
Reams	相談	確認