

# 特別養護老人ホーム入所申込書（練馬区標準様式）

新規・再申請・変更

申込日 令和 年 月 日

施設名（居室タイプ： 従来型 ・ ユニット型 ）

施設長様

この申請書は、申込時の要介護認定期間が有効期間となります。  
申請に当たっては、ご本人の介護保険被保険者証の写しを添付してください。

|                 |                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                           |           |                      |  |
|-----------------|------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|----------------------|--|
| 入所を希望される方の状況    | 介護保険被保険者番号                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                           | 要介護度      | 1・2・3・4・5            |  |
|                 |                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                           | 認定の有効期間   | 年 月 日から 年 月 日まで      |  |
|                 | ふりがな                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                           | 性別        | 男 ・ 女                |  |
|                 | 氏名                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                           | 生年月日      | 明・大・昭 年 月 日<br>( 歳 ) |  |
|                 | 住所<br>(住民登録上)                                                          | 〒 ( ) 電話 ( )                                                                                                                                                                                                                                              |           |                      |  |
|                 | ご本人の居所                                                                 | 自宅（一戸建て、共同住宅、高齢者向け賃貸住宅等）<br>サービス付き高齢者向け住宅（介護サービス付き・介護サービスなし）<br>有料老人ホーム（健康型・住宅型・介護型）<br>特別養護老人ホーム（区内・区外） 介護老人保健施設<br>介護医療院 介護療養型医療施設<br>認知症高齢者グループホーム 養護老人ホーム<br>病院（一般病床・療養型病床）<br>軽費老人ホーム（A型・B型・ケアハウス・都市型）<br>その他 ( )<br>「自宅」以外の方は、入所・入院を証明する書類をご提出ください。 |           |                      |  |
| 医療処置            | なし<br>胃ろう 腸ろう 経鼻栄養 気管カニューレ<br>人工肛門 人工透析 在宅酸素 IVH<br>インスリン注射 褥瘡 その他 ( ) |                                                                                                                                                                                                                                                           |           |                      |  |
| 代理の方<br>(第一連絡先) | ふりがな                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                           | 続柄        |                      |  |
|                 | 氏名                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                           |           |                      |  |
|                 | 住所                                                                     | 〒 ( )                                                                                                                                                                                                                                                     |           |                      |  |
|                 | 電話番号                                                                   | - - (携帯) - -                                                                                                                                                                                                                                              |           |                      |  |
| その他連絡先          | ふりがな                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                           | 続柄        |                      |  |
|                 | 氏名                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                           |           |                      |  |
|                 | 住所                                                                     | 〒 ( )                                                                                                                                                                                                                                                     |           |                      |  |
|                 | 電話番号                                                                   | - - (携帯) - -                                                                                                                                                                                                                                              |           |                      |  |
| 介護支援専門員について     | 担当の介護支援専門員（ケアマネジャー）の有無 有 無                                             |                                                                                                                                                                                                                                                           |           |                      |  |
|                 | 事業所名                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                           | 介護支援専門員氏名 |                      |  |
|                 | 所在地                                                                    | 〒 ( ) 電話 ( )                                                                                                                                                                                                                                              |           |                      |  |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                     |       |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|-------|
| 主な<br>病気                                                                                                                                                                                                                                                                                          | 期 間                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | 病 名                 | 病院名   |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | 年 月～                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                     |       |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | 年 月～                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                     |       |
| 同居者について                                                                                                                                                                                                                                                                                           | 一人暮らし 同居者がいる                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                     |       |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | 同居者（同一敷地内を含む）がいる方は下の表に記入してください。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                     |       |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | 氏名                  | 続柄 年齢 |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | 主介護者                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                     |       |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                     |       |
| 主に介護している方について                                                                                                                                                                                                                                                                                     | <p>難病・障害がある、または要介護認定を受けている<br/> 証明する書類（身体障害者手帳、愛の手帳、精神障害者保健福祉手帳、特殊疾病等医療証、介護保険被保険者証の写し）をご提出ください</p> <p>介護の必要な同居者が複数いる<br/> ご本人以外の介護を必要とする方の上記証明する書類をご提出ください</p> <p>75歳以上である 65歳以上75歳未満である</p> <p>要支援認定を受けている 介護保険被保険者証の写しをご提出ください</p> <p>病弱で介護に支障がある（病名： ）<br/> 医師の診断書を提出してください</p> <p>1日4時間以上で月10日以上働いている<br/> 就労証明書をご提出ください</p> <p>就学前の子どもの育児をしている（ 歳の子）<br/> 特に事情がない</p> |                     |       |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | 介護期間                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | ご本人の要介護3以上の期間： 年 か月 |       |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | 同居者で他に介護を手伝える方はいますか。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                     |       |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | 氏名                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | ご本人との続柄             |       |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | 主たる介護者以外の同居者が介護を手伝えない場合には、その理由を書いてください。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                     |       |
| 住宅状況                                                                                                                                                                                                                                                                                              | 住まいがない 立ち退きが迫られている                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                     |       |
| 認知症<br>自立度<br>(区記載欄)                                                                                                                                                                                                                                                                              | ・ a ・ b ・ a ・ b ・ M<br>ここは記載しないでください。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                     |       |
| <b>同意書</b><br>1 この申込書の内容（変更があった場合の変更内容を含む）を、申込先の特別養護老人ホームが練馬区に提示することに同意します。<br>2 この申込書の内容（住民基本台帳および介護保険の情報を含む）に変更があったことを練馬区または申込先の特別養護老人ホームが知ったときには、その変更内容を練馬区および申込先の全ての特別養護老人ホームの関係人に情報提供することに同意します。<br>3 入所希望者の入所が必要な緊急性について、練馬区、全ての申込先の特別養護老人ホーム、介護支援専門員および病院関係者等に、入所の決定に必要な範囲で情報提供することに同意します。 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                     |       |
| <b>本人署名</b> _____ <b>代筆者氏名</b> _____（続柄 _____）                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                     |       |

ご本人（入所を希望される方）の状況、介護の状況または住宅の状況が変更になった場合は、必ずお届け下さい。届け出がない場合、入所できないことがあります。

1部コピーをとって保管してください。