

受付印欄	特別養護老人ホーム入所申込書	20260520
東京都北区長殿 次のとおり申込みます。 令和 8 年 6 月 1 日		

## 記入例

入所希望者			
フリガナ	キタク タロウ	性別	<input checked="" type="radio"/> 男・女
氏名	北区 太郎	生年月日	M・T・S 21 年 1 月 1 日 ( 80 歳)
住所	〒 114 - 0022 北区王子本町 1-15-22 電話番号 ( )		
要介護度	要介護 5	被保険者番号	000000001
認定有効期間	令和 7 年 2 月 1 日から 令和 10 年 1 月 31 日まで		

**【生年月日】**  
( )内は申込み各期の基準日現在の年齢をご記入ください。(入所案内2ページ「申込みの受付」参照)

申込代行者		
フリガナ	キタク ハナコ	入所希望者から見たご関係  長女
氏名	北区 花子	
住所	〒 114 - 0034 北区上十条 1-1-1	
電話番号	(自宅) 03-1111-0000 (携帯) 090-0000-1111	
連絡可能な時間帯	連絡のつく時間帯に <input checked="" type="checkbox"/> してください <input checked="" type="checkbox"/> いつでも可能 <input type="checkbox"/> 午前9～12時 <input type="checkbox"/> 午後0～1時 <input type="checkbox"/> 午後1～4時 <input type="checkbox"/> 午後4～6時	

**【申込代行者】**  
施設からの第1番目の連絡先になる方をご記入ください。

**【上記以外の連絡可能な親族】**  
区役所や希望施設から連絡が入る場合があります。申込代行者以外で、入所希望者本人の状況が分かるキーパーソンの方の情報をご記入ください。

上記以外の連絡可能な親族				
氏名	続柄	住所	電話	連絡時間帯
北区 一郎	長男	〒 115-0045 北区赤羽 1-1-1	090-1111-0000	AM 時頃 <input checked="" type="radio"/> PM 3～5 時頃
		〒		AM 時頃 PM 時頃

**【結果送付先】**  
申込みの結果は、本人宅または親族・後見人の住所に送付できます。いずれか1ヶ所を選んでください。(ケアマネジャーや友人には送付できません)

**結果送付先** いずれかひとつにしてください(ケアマネジャーや友人には送付できません)  
入所希望者 申込代行者 その他の親族( )

ケアマネジャーについて	担当のケアマネジャーの有無	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	ケアマネジャーの氏名	飛鳥 太郎
	事業所名	〇〇介護 電話番号 03-1111-1111

**【ケアマネジャーについて】**  
担当の方がいる場合はご記入ください。  
※申込者の状況を確認させていただく場合がありますのでご了承ください。

※以下は記入不要です<区処理欄> 次ページに続きます

課長		係長		入力		端末		名簿		受付		申込 新・再
----	--	----	--	----	--	----	--	----	--	----	--	--------

## 記入例

**要介護1または2の方** 該当する箇所に☑してください。(複数選択可)

- 認知症であることにより、日常生活に支障をきたすような症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁にみられ、在宅生活が困難な状態である。
- 知的障害・精神障害等を伴い、日常生活に支障をきたすような症状・行動や意思疎通の困難さ等が頻繁に見られ、在宅生活が困難な状態である。
- 家族等による深刻な虐待が疑われる等により、心身の安全・安心の確保が困難な状態である。
- 単身世帯である、同居家族が高齢または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ことにより、在宅生活が困難な状態である。

### 【要介護1または2の方】

要介護1または2の方は左記に該当する方のみがお申込み可能です。お申込み後、お電話にて調査させていただくことがございます。

**入所希望者の居所** 該当する箇所に☑して記入してください

現在	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 病院(一般・療養) <input checked="" type="checkbox"/> 介護老人保健施設 <input type="checkbox"/> グループホーム <input type="checkbox"/> 有料老人ホーム <input type="checkbox"/> サービス付き高齢者向け住宅 <input type="checkbox"/> 介護医療院 <input type="checkbox"/> その他( )				
	入院先名 入所先名	0000	所在地	北区王子1-1-1	
	電話番号	03-9999-9999	相談員名	△△	R6年1月頃 入院(入所)
それ以前	<input type="checkbox"/> 自宅 <input checked="" type="checkbox"/> 病院(一般・療養) <input type="checkbox"/> 介護老人保健施設 <input type="checkbox"/> グループホーム <input type="checkbox"/> 有料老人ホーム <input type="checkbox"/> サービス付き高齢者向け住宅 <input type="checkbox"/> 介護医療院 <input type="checkbox"/> その他( )				
過去1年以内の 在宅期間	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし				

### 【入所希望者の居所】

現在生活されている場所とそれ以前の場所を選択してください。現在入院・入所中の方は、名称や所在地などをご記入ください。基準日から過去1年以内の在宅期間「あり」「なし」どちらかに☑してください。

**希望施設** 希望する施設のすべてに☑してください。

区内施設の多床室(※1)	区内施設のユニット型個室	区外施設
<input type="checkbox"/> 上中里つつじ荘 <input type="checkbox"/> 清水坂あじさい荘 <input type="checkbox"/> 桐ヶ丘やまぶき荘 <input checked="" type="checkbox"/> 王子光照苑 <input checked="" type="checkbox"/> ウェルガーデン西が丘園 <input type="checkbox"/> みずべの苑 <input type="checkbox"/> 新町光陽苑(※2) <input type="checkbox"/> 赤羽北さくら荘 <input type="checkbox"/> 浮間こひつじ園	<input type="checkbox"/> うきま幸朋苑(全室個室) <input checked="" type="checkbox"/> 飛鳥晴山苑(全室個室) <input type="checkbox"/> 新町光陽苑 <input type="checkbox"/> 赤羽北さくら荘 <input type="checkbox"/> 浮間こひつじ園	<input type="checkbox"/> 塩船園 <input type="checkbox"/> 麦久保園 <input type="checkbox"/> ひかり苑 <input type="checkbox"/> ひのでホーム <input type="checkbox"/> 草花苑 <input type="checkbox"/> ケアポート板橋 <input type="checkbox"/> 青梅愛弘園

### 【希望施設】

希望施設は第1期・第2期・第3期ごとに申込み期間内の変更はできませんが、申込み期間を過ぎると変更できなくなります。各申込み期間後の希望施設の変更は、次の期間に反映されます。

希望する施設に☑してください。

(※1) 多床室施設にも一部従来型個室がございますが、従来型個室のみを希望することはできません。

従来型個室を希望する場合は多床室の施設を☑し、声がかかった時に施設と相談してください。

(※2) 新町光陽苑の多床室は「地域密着型施設」のため、北区に住民票がある方のみ申込みできます。

入所希望者氏名	北区 太郎	記入年月日	R8 年 6 月 1 日
記入者氏名	北区 花子	続柄	長女

**介護者の状況** 該当する箇所に☑してご記入ください(最高30点)

- 介護者がいない(□単身 □同世帯に家族はいるが別生活 □同世帯だが本人が長期入院等で実態なし)
- 介護者がいる (氏名: 北区 飛鳥 続柄: 妻 生年月日: S22 年 9 月 1 日)
- 介護者が要介護1以上
- 介護者が70歳以上または、18歳未満
- 介護者が障害者(障害者手帳交付者または介護保険要支援1・2と認定されている方)
- 介護者が複数の方の介護をしている  
(氏名: \_\_\_\_\_ 介護度・障害等級: \_\_\_\_\_ 介護者との関係: \_\_\_\_\_)
- 介護者が病弱である(病名: 糖尿病)  
(医療機関名: 〇〇医院 通院状況: 月 1 回)
- 介護者が就業中である( 日中 ・ 夜間 ・ 不規則 ・ 求職中 )
- 当てはまることはない

**居住期間**(基準日から数えた北区での継続居住期間) 該当する箇所に☑してください(最高30点)

- 3年未満  3年以上10年未満  10年以上

**介護期間**(基準日から数えた北区での要介護1以上の継続期間) 該当する箇所に☑してください(最高10点)

- 1年未満  1年以上2年未満  2年以上

**その他特別な事情** 1年以内の状況でご記入ください

1. 本人の事情(最高20点)

- なし  あり (次のあてはまるものすべてに☑してください)
- 徘徊があり、目を離すとどこかへ行って迷子になってしまう
- 奇声や大声をあげる
- 暴言や暴力的な行動がある
- 介護に対し拒否的である
- 被害妄想があり対応が困難
- 夜間不眠や昼夜の逆転がある
- 食べ物以外のものを口の中に入れてしまう

※申込み後、電話にて内容の確認をさせていただきます場合がございます

その他介護する上で問題となる下記の行動や住環境上の理由がある

- 排泄などの不潔行為  火の不始末  収集癖
- 上記以外の認知症による問題行動(具体的にご記入ください)
- 住環境上の理由(具体的にご記入ください) 歩行困難だが家が狭く車イスが使えない

2. 介護者の事情(最高5点)

- なし  あり (次のあてはまるものすべてに☑してください)
- 本人に対し思わず怒鳴ったり、暴力を振るったり又は暴力を振るいそうになる
- 本人に対し思わず無視したり、放置したり又は放置したくなる
- 本人が動かないようにしばりつけるなど、抑制することがある

○「その他介護する上で問題となる下記の行動や住環境上の理由がある」に該当する例

【認知症による問題行動】 ・歩けないのに、歩こうとして転倒する ・幻覚、幻聴があり、それを何度も話す

【住環境上の問題や理由】 ・歩行困難だが階段を使う必要がある ・高齢を理由にアパートの更新ができない  
・段差が多く、転倒の恐れが高い ・退院(退所)後の帰る先がない

○「その他介護する上で問題となる下記の行動や住環境上の理由がある」に該当しない例

・障害者手帳がある ・おむつを使っている ・耳が遠い ・物忘れ→これらは問題となる行動や住環境上の理由ではないため

**記入例**

**【介護者の状況】**  
住民票上の同世帯にご家族がいる場合は「介護者がいる」に☑をつけます。ただし、1年以上別生活であったり本人が1年以上長期入院・入所である場合は「介護者がいない」となります。

**【介護者が要介護1以上・障害者】**  
北区外の住所の場合、介護保険証・障害者手帳の写しをいただきます。

**【複数の方を介護している】**  
北区外の方を介護している場合は、介護保険証・障害者手帳の写しをいただきます。

**【介護期間】**  
北区の介護保険で要介護1以上の認定を受けている継続期間です。

**【その他特別な事情】**  
本人が自宅にいない場合は、自宅にいた時の状況も合わせて記入してください(1年以内)  
介護上問題となる行動がある場合は具体的にご記入ください。

## 記入例

**入所希望** どちらかにしてください

今すぐ入所したい

保留にしてほしい (保留理由: \_\_\_\_\_)

※入所を迷っている場合や万が一の時のために申込みたい場合は「保留にしてほしい」を選んでください。

※保留にしたあとで保留解除を希望されるときは、高齢相談係に必ずご連絡ください。

**治療中の病気等について** 該当する箇所にしてご記入ください

治療 なし あり 病名 **高血圧症**  
 病院名 **〇〇〇病院** 主治医 **△△** 先生

服薬 なし あり (次のあてはまるものにしてください)  
血圧の薬 脂質異常症治療薬 心臓の薬 認知症治療薬 向精神薬  
糖尿病治療薬 胃・整腸薬 その他( )

医療行為 なし あり (次のあてはまるものにしてください)  
胃ろう 経鼻栄養 インスリン 尿道留置カテーテル 人工肛門  
在宅酸素 ペースメーカー 人工透析 痰の吸引  
その他( )  
 ※ 医療行為がなくなった場合は、高齢福祉課までご連絡ください

認知症 なし 症状があるが専門医を受診していない 症状があり専門医を受診している

既往歴 なし あり (新しい順にお書きください)

時期	病名(大きな病気などをご記入ください)	病院名
H30年 1月頃	左大腿骨頸部骨折	〇〇総合病院
H25年 3月頃	脳梗塞	〇〇中央病院
年 月頃		

**日常生活の状況** 該当する箇所にしてご記入ください

	自分で可能	一部介助	全介助		なし	あり
歩行	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	オムツの使用	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
食事	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	聴力障害	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
入浴	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	視力障害	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
トイレ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	言語障害	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

年金等の収入 なし あり (月額 **10** 万円)

備考

職員チェック欄( )

**【入所希望】**  
 病状が不安定(治療が必要)な状態での特養入所はできません。保留を選び、治療が終了したら保留解除の連絡をお願いします。  
 保留にしても順位に影響はありません。ただし、保留の間は施設から声がかかりませんので、解除をご希望される場合は必ず区役所へご連絡ください。

**【治療中の病気等について】**  
 ご本人の治療内容ができるだけ詳しくご記入ください。医療行為(胃ろう・在宅酸素など)によっては希望施設が限られる場合があります。

**【日常生活の状況】**  
 現在のご本人の状況をご記入ください。

個人情報の取扱いに関する同意

20260520

特別養護老人ホームの入所申込みのために、下記の事項に同意します。

記

1. 介護保険要介護要支援認定にかかる認定調査内容、認定審査会による判定結果、意見および主治医意見書を、必要に応じて高齢福祉課が介護保険課より提供を受けること
2. 入所希望者の状況を確認するため、区が保有する住民記録の情報を確認すること
3. この申込みに関する情報を、希望施設に対し情報提供すること
4. 入所希望者の状況について、高齢福祉課、地区担当高齢者あんしんセンターおよび希望施設が、担当介護支援専門員および病院関係者より情報提供を受けること
5. 国または東京都からの統計調査や北区の手当に関わる調査等に協力すること

令和 8 年 6 月 1 日

入所希望者氏名 北区 太郎

代筆者氏名 北区 花子 関係( 長女 )

署名欄は手書きで  
お願いします。  
(コピーは不可)

**<申込み後、どこかの特別養護老人ホームに入所した場合は申込みの取り下げとなります>**

**北区以外の特別養護老人ホームに入所した場合も同様です。**

その後に、北区の特別養護老人ホームを希望する場合は、次回の申込みをお願いいたします。その場合、すでに特別養護老人ホームに入所している方の申込みは『介護者の状況』、『介護期間』、および『その他特別な事情』の「介護者の事情」の3つの項目のポイントはつきません。

詳細は入所案内3ページ Q3や入所案内4ページ Q12をご覧ください。

**※申込み後、北区以外の特別養護老人ホームに入所したときは、高齢福祉課高齢相談係**

**(電話 03-3908-9083)に必ずお電話ください。**