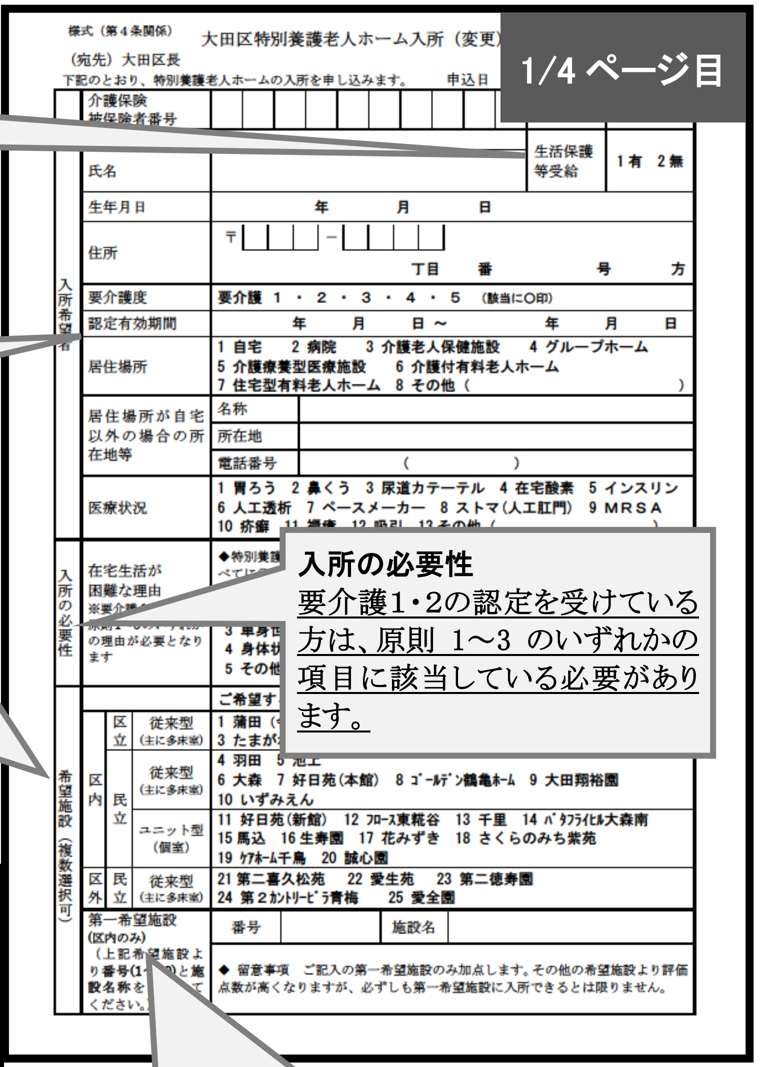
入所(変更)申込書の記入方法

入所（変更）申込書の太枠の中のすべての項目を、黒ボールペンにて記入してください。



1/4 ページ目

様式（第４条関係）　大田区特別養護老人ホーム入所（変更）

（宛先）大田区長

下記のとおり、特別養護老人ホームの入所を申し込みます。　申込日

入所希望者	介護保険 被保険者番号	
	氏名	生活保護等受給　1 有　2 無
	生年月日	年　月　日
	住所	〒□□□－□□□□ 丁目　番　号　方
	要介護度	要介護　1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5　（該当に○印）
	認定有効期間	年　月　日 ～　年　月　日
	居住場所	1 自宅　2 病院　3 介護老人保健施設　4 グループホーム 5 介護療養型医療施設　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（　　）
	居住場所が自宅以外の場合の所在地等	名称 所在地 電話番号（　　）
	医療状況	1 胃ろう　2 鼻くう　3 尿道カテーテル　4 在宅酸素　5 インスリン 6 人工透析　7 ペースメーカー　8 ストマ(人工肛門)　9 ＭＲＳＡ 10 疥癬
入所の必要性	在宅生活が困難な理由 ※要介護 の理由が必要となります	◆特別養護 3 単身世 4 身体状 5 その他

希望施設（複数選択可）			ご希望す
区内	区立	従来型（主に多床室）	1 蒲田 3 たまが
	民立	従来型（主に多床室）	4 羽田 6 大森　7 好日苑(本館)　8 ｺﾞｰﾙﾃﾞﾝ鶴亀ﾎｰﾑ　9 大田翔裕園 10 いずみえん
		ユニット型（個室）	11 好日苑(新館)　12 ﾌﾛｰｽ東糀谷　13 千里　14 ﾊﾞﾀﾌﾗｲﾋﾙ大森南 15 馬込　16 生寿園　17 花みずき　18 さくらのみち紫苑 19 ｹｱﾎｰﾑ千鳥　20 誠心園
区外	民立	従来型（主に多床室）	21 第二喜久松苑　22 愛生苑　23 第二徳寿園 24 第２ｶﾝﾄﾘｰﾋﾞﾗ青梅　25 愛全園
第一希望施設（区内のみ） （上記希望施設より番号(1～20)と施設名称を記入してください。）		番号	施設名
		◆ 留意事項　ご記入の第一希望施設のみ加点します。その他の希望施設より評価点数が高くなりますが、必ずしも第一希望施設に入所できるとは限りません。	

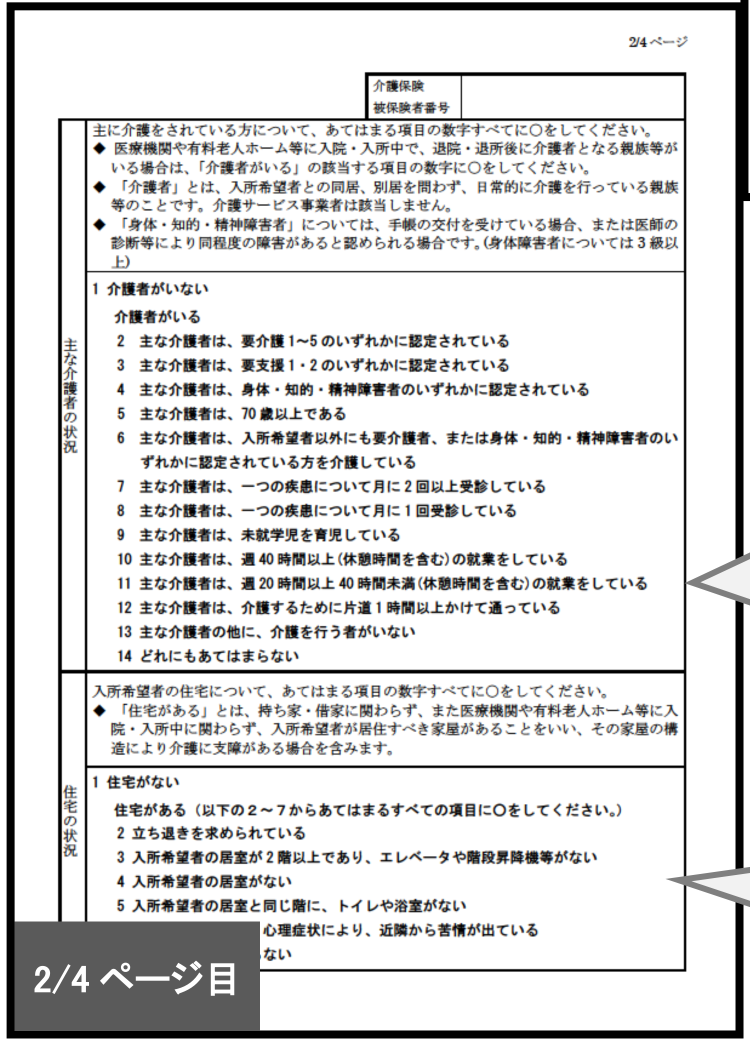
生活保護等受給
生活保護受給者のほかに、中国残留邦人等支援給付受給者を含みます。

認定有効期間
介護保険被保険者証に記載されている有効期間を記入してください。

希望施設
複数選択可能です。希望する施設番号に○をしてください。ただし、その内一つから入所可能の連絡を受けたにも関わらず、ご本人やご家族の都合で辞退されますと、その他の希望施設も無効となります。
「**従来型**」:4 人部屋主体の多床室でのケアを行うもの。
「**ユニット型**」:全室個室で 10 人前後を一つの生活単位としてケアを行うもの。

入所の必要性
要介護1・2の認定を受けている方は、原則 1～3 のいずれかの項目に該当している必要があります。

第一希望施設
区内施設からのみ選択することができます。区外施設からは選択できません。
第一希望施設のみ加点しますが、必ずしも第一希望施設に入所できるとは限りません。



2/4 ページ目

2/4 ページ

介護保険
被保険者番号

主な介護者の状況

主に介護をされている方について、あてはまる項目の数字すべてに○をしてください。
◆ 医療機関や有料老人ホーム等に入院・入所中で、退院・退所後に介護者となる親族等がいる場合は、「介護者がいる」の該当する項目の数字に○をしてください。
◆ 「介護者」とは、入所希望者との同居、別居を問わず、日常的に介護を行っている親族等のことです。介護サービス事業者は該当しません。
◆ 「身体・知的・精神障害者」については、手帳の交付を受けている場合、または医師の診断等により同程度の障害があると認められる場合です。(身体障害者については 3 級以上)

1 介護者がいない
介護者がいる
2 主な介護者は、要介護 1～5 のいずれかに認定されている
3 主な介護者は、要支援 1・2 のいずれかに認定されている
4 主な介護者は、身体・知的・精神障害者のいずれかに認定されている
5 主な介護者は、70 歳以上である
6 主な介護者は、入所希望者以外にも要介護者、または身体・知的・精神障害者のいずれかに認定されている方を介護している
7 主な介護者は、一つの疾患について月に 2 回以上受診している
8 主な介護者は、一つの疾患について月に 1 回受診している
9 主な介護者は、未就学児を育児している
10 主な介護者は、週 40 時間以上(休憩時間を含む)の就業をしている
11 主な介護者は、週 20 時間以上 40 時間未満(休憩時間を含む)の就業をしている
12 主な介護者は、介護するために片道 1 時間以上かけて通っている
13 主な介護者の他に、介護を行う者がいない
14 どれにもあてはまらない

住宅の状況

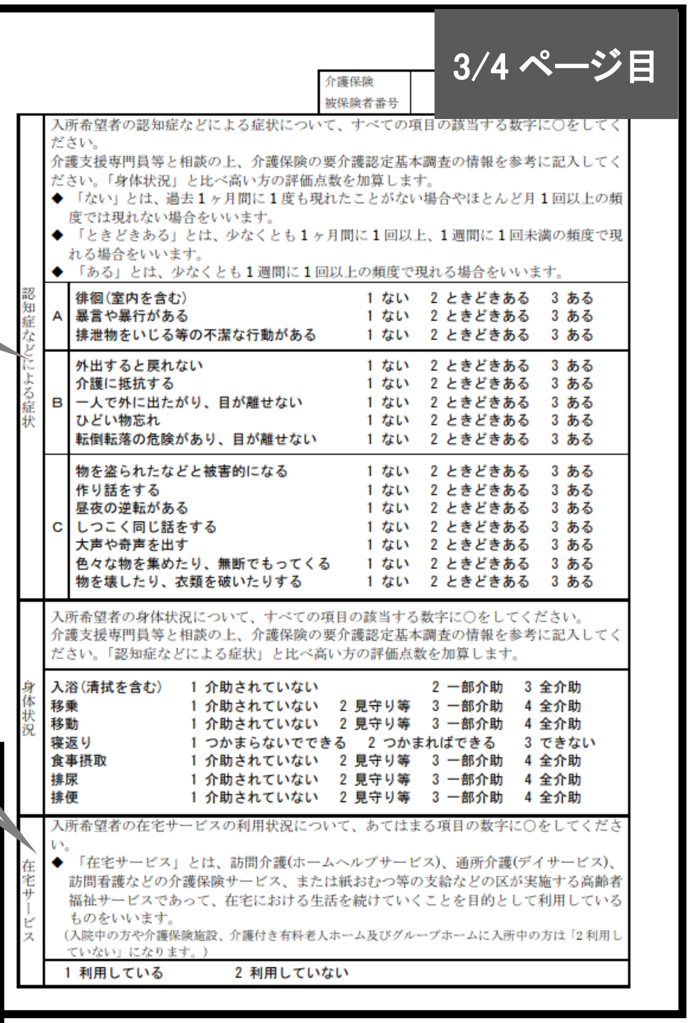
入所希望者の住宅について、あてはまる項目の数字すべてに○をしてください。
◆ 「住宅がある」とは、持ち家・借家に関わらず、また医療機関や有料老人ホーム等に入院・入所中に関わらず、入所希望者が居住すべき家屋があることをいい、その家屋の構造により介護に支障がある場合を含みます。

1 住宅がない
住宅がある（以下の２～７からあてはまるすべての項目に○をしてください。）
2 立ち退きを求められている
3 入所希望者の居室が 2 階以上であり、エレベータや階段昇降機等がない
4 入所希望者の居室がない
5 入所希望者の居室と同じ階に、トイレや浴室がない
心理症状により、近隣から苦情が出ている
ない

主な介護者の状況
「**介護者**」:入所希望者との同居、別居を問わず、日常的に介護を行っている親族等のことです。介護サービス事業者は含みません。
医療機関や有料老人ホーム等に入院・入所中でも、退院・退所後に介護者となる親族等がいる場合は、「介護者がいる」の該当する番号に○をしてください。

住宅の状況
「**住宅がある**」:持ち家・借家に関わらず、また医療機関や有料老人ホーム等に入院・入所中に関わらず、入所希望者が居住すべき家屋があることをいい、その家屋の構造により介護に支障がある場合も含みます。

入所(変更)申込書の記入方法



3/4 ページ目

介護保険
被保険者番号

認知症などによる症状

入所希望者の認知症などによる症状について、すべての項目の該当する数字に○をしてください。
介護支援専門員等と相談の上、介護保険の要介護認定基本調査の情報を参考に記入してください。「身体状況」と比べ高い方の評価点数を加算します。
◆ 「ない」とは、過去 1 ヶ月間に 1 度も現れたことがない場合やほとんど月 1 回以上の頻度では現れない場合をいいます。
◆ 「ときどきある」とは、少なくとも 1 ヶ月間に 1 回以上、1 週間に 1 回未満の頻度で現れる場合をいいます。
◆ 「ある」とは、少なくとも 1 週間に 1 回以上の頻度で現れる場合をいいます。

A	徘徊(室内を含む)	1 ない	2 ときどきある	3 ある
	暴言や暴行がある	1 ない	2 ときどきある	3 ある
	排泄物をいじる等の不潔な行動がある	1 ない	2 ときどきある	3 ある
B	外出すると戻れない	1 ない	2 ときどきある	3 ある
	介護に抵抗する	1 ない	2 ときどきある	3 ある
	一人で外に出たがり、目が離せない	1 ない	2 ときどきある	3 ある
	ひどい物忘れ	1 ない	2 ときどきある	3 ある
	転倒転落の危険があり、目が離せない	1 ない	2 ときどきある	3 ある
C	物を盗られたなどと被害的になる	1 ない	2 ときどきある	3 ある
	作り話をする	1 ない	2 ときどきある	3 ある
	昼夜の逆転がある	1 ない	2 ときどきある	3 ある
	しつこく同じ話をする	1 ない	2 ときどきある	3 ある
	大声や奇声を出す	1 ない	2 ときどきある	3 ある
	色々な物を集めたり、無断でもってくる	1 ない	2 ときどきある	3 ある
	物を壊したり、衣類を破いたりする	1 ない	2 ときどきある	3 ある

身体状況

入所希望者の身体状況について、すべての項目の該当する数字に○をしてください。
介護支援専門員等と相談の上、介護保険の要介護認定基本調査の情報を参考に記入してください。「認知症などによる症状」と比べ高い方の評価点数を加算します。

入浴(清拭を含む)	1 介助されていない		2 一部介助	3 全介助
移乗	1 介助されていない	2 見守り等	3 一部介助	4 全介助
移動	1 介助されていない	2 見守り等	3 一部介助	4 全介助
寝返り	1 つかまらないでできる	2 つかまればできる		3 できない
食事摂取	1 介助されていない	2 見守り等	3 一部介助	4 全介助
排尿	1 介助されていない	2 見守り等	3 一部介助	4 全介助
排便	1 介助されていない	2 見守り等	3 一部介助	4 全介助

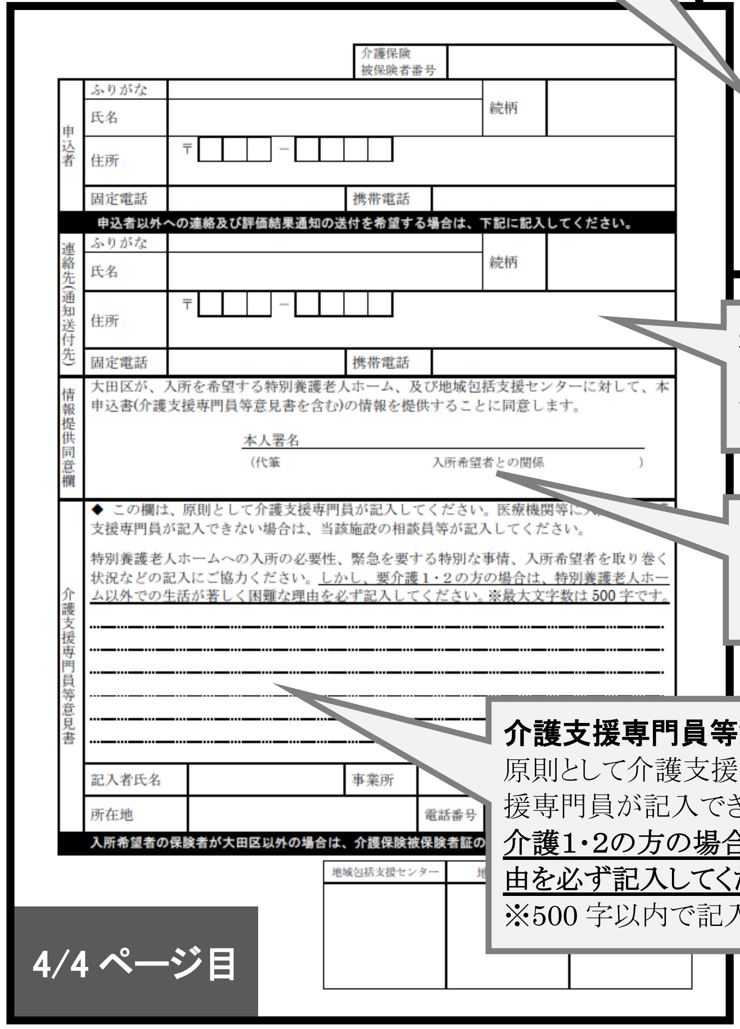
在宅サービス

入所希望者の在宅サービスの利用状況について、あてはまる項目の数字に○をしてください。
◆ 「在宅サービス」とは、訪問介護(ホームヘルプサービス)、通所介護(デイサービス)、訪問看護などの介護保険サービス、または紙おむつ等の支給などの区が実施する高齢者福祉サービスであって、在宅における生活を続けていくことを目的として利用しているものをいいます。
（入院中の方や介護保険施設、介護付き有料老人ホーム及びグループホームに入所中の方は「2 利用していない」になります。）

1 利用している　　2 利用していない

認知症などによる症状・身体状況
「認知症などによる症状」、「身体状況」は、双方の評価点数を比べ、点数の高い方を加算します。

在宅サービス
介護保険施設（老健・介護医療院）の他、介護付き有料老人ホーム、グループホームは「利用していない」に含みます。



4/4 ページ目

介護保険
被保険者番号

申込者	ふりがな		続柄	
	氏名			
	住所	〒□□□－□□□□		
	固定電話		携帯電話	

申込者以外への連絡及び評価結果通知の送付を希望する場合は、下記に記入してください。

連絡先(通知送付先)	ふりがな		続柄	
	氏名			
	住所	〒□□□－□□□□		
	固定電話		携帯電話	

情報提供同意欄

大田区が、入所を希望する特別養護老人ホーム、及び地域包括支援センターに対して、本申込書(介護支援専門員等意見書を含む)の情報を提供することに同意します。

本人署名
（代筆　　入所希望者との関係　　）

介護支援専門員等意見書

◆ この欄は、原則として介護支援専門員が記入してください。医療機関等に
支援専門員が記入できない場合は、当該施設の相談員等が記入してください。

特別養護老人ホームへの入所の必要性、緊急を要する特別な事情、入所希望者を取り巻く状況などの記入にご協力ください。しかし、要介護１・２の方の場合は、特別養護老人ホーム以外での生活が著しく困難な理由を必ず記入してください。※最大文字数は 500 字です。

記入者氏名		事業所	
所在地		電話番号	

入所希望者の保険者が大田区以外の場合は、介護保険被保険者証の

地域包括支援センター

連絡先
申込者と連絡先双方に記入した場合は、連絡先に優先度評価の結果を通知いたします。

情報提供同意欄
入所希望者の氏名を代筆した場合は、代筆者と入所希望者との関係（続柄等）を記入してください。

介護支援専門員等意見書
原則として介護支援専門員が記入してください。医療機関等に入院中で介護支援専門員が記入できない場合は、当該施設の相談員等が記入してください。要介護1・2の方の場合は、特別養護老人ホーム以外での生活が著しく困難な理由を必ず記入してください。
※500 字以内で記入してください。

医療状況や申込者、連絡先に変更が生じた場合は、介護保険課介護サービス担当（TEL:03-5744-1258）までご連絡の上、変更届（申込書と同じ様式）をご提出ください。