

特別養護老人ホーム入所を希望される皆様へ

お申込をされる前に、よくお読み下さい。

【申込みにあたって】

施設を選ぶ際には、申込書を提出する前に施設を見学したり、施設にお問合せいただくことをお勧めします。部屋の空き状況、金額、設備、アクセス、雰囲気など、ご自身に合った施設をお探しいただけるとともに、ご自身の身体状況をご相談することで入所後も安心して生活できるようになります。

【申込みの対象者】

介護保険の要介護認定の結果、要介護度が3以上と認定された方で、在宅で介護を受けることが困難な方。ただし、常時医療を必要とする方は入所できません。

なお、要介護1または2の方は、一定の要件（※「（別紙）特例入所の要件確認書」参照）に該当する場合に申し込むことができます。

【申込みの受付窓口】

- ・ 葛飾区内の特別養護老人ホームに直接お申込み下さい。
- ・ 入所申込書兼調査書を、入所を希望する施設に郵送または直接お持ちください。
- ・ 入所申込書兼調査書を提出する際は次のうちいずれかの写しを添付してください。

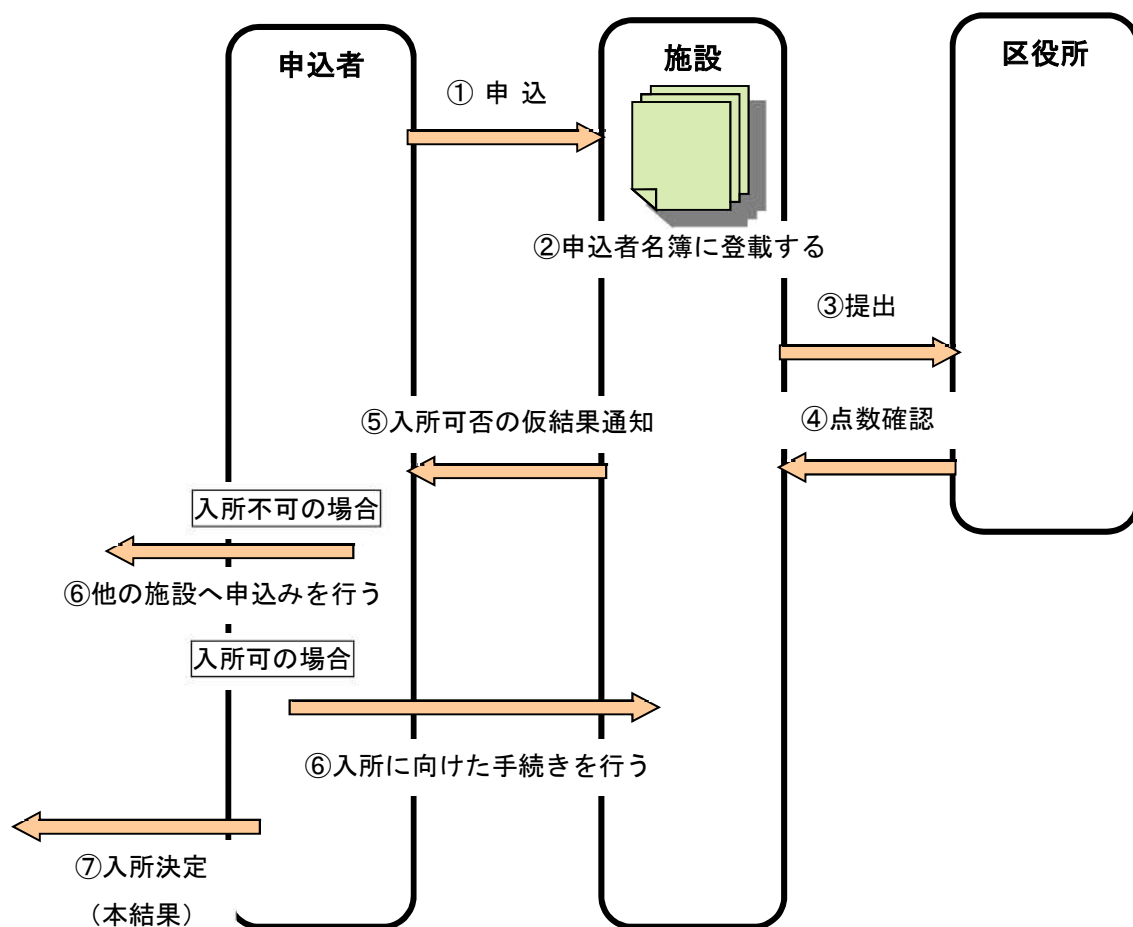
①介護保険被保険者証

②介護保険資格者証

③介護保険要介護認定結果通知書

【有効期限】

- ・ この入所申込書兼調査書は、受付日から1年間に限り有効です。引き続き入所を希望される方は、期限が到来する前に再度お申込み下さい。
- ・ 今回の記載内容に変更が生じた場合は、申込みをした施設へ申し出てください。再度優先入所基準の点数の判定を行います。
- ・ 他の施設に入所された場合や亡くなられた場合など、申込みを取り消される場合は、申し込まれた施設にご連絡をお願いします。
- ・ 第2サンシャインビル、あゆみえんに併せてお申込みされる場合は、入所可否の結果について、直接施設にご確認ください。



- ① 入所申込書と介護保険被保険者証の写しを添付し申込みをします。
- ② 施設の申込者名簿に登載されます。
- ③ 申込者から受付けた申込書を区役所へ提出します。区役所は提出を受けた申込書を住民情報システムで確認します。
- ④ ③で確認した内容に基づき、点数を確定します。
- ⑤ 点数が確定したら施設は原則 1 か月以内に入所可否の仮結果を通知します。
- ⑥ 入所可の場合、原則 1 年以内に申込者は申込施設と入所に向けた手続き（面談や健康診断など）を行います。申込書の状況と変わっている場合には入所できない場合がございますので、ご注意ください。
入所不可の場合、他の施設へ申込みを行ってください。ただし、同一施設への申込みを妨げるものではありません。
※申込書を改めて提出した場合は、①の手順から進むことになります。有効期限については延長されます。
- ⑦ ⑥の結果、入所可能となった場合は施設と契約してください。

優先入所基準

基準とすべき項目		内容・配点		最高点
要介護度(a)		要介護5	5点	5点
		要介護4	4点	
		要介護3	3点	
		要介護2	2点	
		要介護1	1点	
区民歴(b)		葛飾区民となって5年以上である。	1点	1点
在宅での生活状況(c)		同居者がいない。	1点	2点
		要介護の認定を受けてから、引き続き1年以上である。	1点	
介護者の状況(d)	(c)欄で「同居者がいない」にチェックした方	介護者は介護サービス事業者のみである。	6点	6点
	(c)欄で「同居者がいる」にチェックした方 又は 主な介護者がいる方	介護者は、病気(注1)や障害等(注2)があるため介護できない。	6点	
		介護者は、1人で2人以上の障害等(注2)がある方を介護している。	6点	
		介護者は、週平均40時間勤務している。	6点	
		介護者は、週平均20時間以上勤務している。	5点	
		介護者は、75歳以上である。	5点	
		介護者は、65歳以上である。	4点	
		介護者は、中学校入学前の子どもを育児中である。	4点	
お住まいの状況(e)		住居や施設から立ち退きを迫られている。	2点	2点
		入院・入所中であるが、戻る家がない。	2点	
		病院、施設等に引き続き1年以上入院・入所している。	1点	
		部屋又は家が2階以上(1階が店舗・マンション等のため)にあるが、エレベーター等の昇降手段がない。	1点	
		介護上の問題から住宅改修が必要だが、家主の承諾が得られない、又は敷地が狭小等の理由で改修できない。	1点	
		介護上の問題から住宅改修が必要だが、経済的理由で改修できない。	1点	

《施設の居住費等一覧》

居住費、食費の日額です。利用者負担段階1～3は負担限度額認定証をお持ちの方が該当します。下表の金額のほかに、介護保険サービスに対する自己負担額があります。詳細については、各施設にお問い合わせください。

※1 個室1は従来型個室、個室2は新型個室(ユニットタイプ)、多床室は主に4人部屋です。

※2 申込みを希望される方の状況や、施設の入所状況によっては受け入れができない場合がありますので希望する施設にご相談ください。

2025年7月1日現在

施設名・所在地・電話番号	利用者 負担段階	居 住 費 (日額)			食費(日額)	状況によっては対応が 可能な医療的ケア ※2	生活保護受給者の 受入れの有無 ※2
		個室1 ※1	個室2 ※1	多床室 ※1			
中川園 (西水元4-5-1) 電話3607-4060	第1段階	380円		0円	300円	バルーン・人工肛門 インシュリン注射	有
	第2段階	480円		430円	390円		
	第3段階①	880円		430円	650円		
	第3段階②	880円		430円	1,360円		
	第4段階	1,171円		855円	1,450円		
水元ふれあいの家 (水元1-26-20) 電話3607-7881	第1段階	380円		0円	300円	バルーン・人工肛門	有
	第2段階	480円		430円	390円		
	第3段階①	880円		430円	650円		
	第3段階②	880円		430円	1,360円		
	第4段階	1,171円		855円	1,520円		
水元園 (西水元4-6-1) 電話3607-4060	第1段階	380円		0円	300円	バルーン インシュリン注射	有
	第2段階	480円		430円	390円		
	第3段階①	880円		430円	650円		
	第3段階②	880円		430円	1,360円		
	第4段階	1,171円		855円	1,450円		
奥戸くつろぎの郷 (奥戸3-25-1) 電話5670-1261	第1段階	380円		0円	300円	バルーン・人工肛門	有
	第2段階	480円		430円	390円		
	第3段階①	880円		430円	650円		
	第3段階②	880円		430円	1,360円		
	第4段階	1,171円		855円	1,520円		
すずうらホーム (西新小岩3-37-27) 電話5670-3010	第1段階	380円		0円	300円	バルーン・人工肛門 胃ろう たん吸引 在宅酸素	有
	第2段階	480円		430円	390円		
	第3段階①	880円		430円	650円		
	第3段階②	880円		430円	1,360円		
	第4段階	1,171円		855円	1,445円		
東四つ木ほほえみの里 (東四つ木2-26-15) 電話5698-2341	第1段階	380円		0円	300円	バルーン・人工肛門 インシュリン注射	有
	第2段階	480円		430円	390円		
	第3段階①	880円		430円	650円		
	第3段階②	880円		430円	1,360円		
	第4段階	1,171円		855円	1,840円		
西水元あやめ園 (西水元2-2-8) 電話3826-2951	第1段階	380円		0円	300円	バルーン・人工肛門 インシュリン注射 経管栄養	有
	第2段階	480円		430円	390円		
	第3段階①	880円		430円	650円		
	第3段階②	880円		430円	1,360円		
	第4段階	1,171円		855円	1,600円		
西水元ナーシングホーム (西水元6-12-2) 電話3607-0050	第1段階	380円		0円	300円	バルーン・人工肛門 在宅酸素・胃ろう たん吸引 インシュリン注射	有
	第2段階	480円		430円	390円		
	第3段階①	880円		430円	650円		
	第3段階②	880円		430円	1,360円		
	第4段階	1,231円		915円	1,700円		
葛飾やすらぎの郷 (新宿3-4-10) 電話5648-8250	第1段階	380円		0円	300円	バルーン・人工肛門	有
	第2段階	480円		430円	390円		
	第3段階①	880円		430円	650円		
	第3段階②	880円		430円	1,360円		
	第4段階	1,171円		855円	1,600円		
癒しの里 青戸 (青戸8-18-13) 電話5629-5843	第1段階	380円		0円	300円	バルーン・人工肛門 在宅酸素 インシュリン注射	有
	第2段階	480円		430円	390円		
	第3段階①	880円		430円	650円		
	第3段階②	880円		430円	1,360円		
	第4段階	1,171円		855円	1,600円		
かつしか苑 (白鳥2-9-18) 電話6662-2220	第1段階	380円		0円	300円	バルーン・人工肛門 インシュリン注射	有
	第2段階	480円		430円	390円		
	第3段階①	880円		430円	650円		
	第3段階②	880円		430円	1,360円		
	第4段階	1,171円		855円	1,700円		

施設名・所在地・電話番号	利用者 負担段階	居 住 費（日額）			食費（日額）	状況によっては対応が 可能な医療的ケア ※2	生活保護受給者の 受入れの有無 ※2
		個室1 ※1	個室2 ※1	多床室 ※1			
癒しの里 亀有 （亀有2-60-5） 電話5629-5866	第1段階		880円		300円	バルーン・人工肛門	有
	第2段階		880円		390円	在宅酸素・インシュリン注射	
	第3段階①		1,370円		650円	人工透析・胃ろう	
	第3段階②		1,370円		1,360円	たん吸引	
	第4段階		2,200円		1,600円		
ル・ソラリオン葛飾 （青戸4-16-7） 電話3601-3711	第1段階		880円		300円	バルーン・人工肛門	有
	第2段階		880円		390円	在宅酸素・インシュリン注射	
	第3段階①		1,370円		650円	人工透析・胃ろう	
	第3段階②		1,370円		1,360円	たん吸引	
	第4段階		2,096円		1,616円		
エトワール （新宿6-2-13） 電話5876-1212	第1段階		880円		300円	バルーン・人工肛門	有
	第2段階		880円		390円	在宅酸素・インシュリン注射	
	第3段階①		1,370円		650円	人工透析・胃ろう	
	第3段階②		1,370円		1,360円		
	第4段階		2,330円		1,445円		
東かなまち桜園 （東金町2-13-10） 電話5876-5281	第1段階		880円		300円	バルーン・人工肛門	有
	第2段階		880円		390円	在宅酸素	
	第3段階①		1,370円		650円	インシュリン注射	
	第3段階②		1,370円		1,360円	人工透析・経管栄養	
	第4段階		2,650円		1,800円		
バタフライヒル細田 （細田4-20-14） 電話5612-1717	第1段階		880円		300円	バルーン・人工肛門	有
	第2段階		880円		390円	在宅酸素	
	第3段階①		1,370円		650円	インシュリン注射	
	第3段階②		1,370円		1,360円	人工透析・経管栄養	
	第4段階		2,680円		1,780円		
かつしか苑亀有 （亀有1-6-11） 電話6662-2223	第1段階		880円		300円	バルーン・人工肛門	無
	第2段階		880円		390円	経管栄養	
	第3段階①		1,370円		650円		
	第3段階②		1,370円		1,360円		
	第4段階		2,150円		1,700円		
アンプル宝町 （宝町1-2-9） 電話5654-8880	第1段階		880円		300円	バルーン・人工透析	有
	第2段階		880円		390円	経管栄養	
	第3段階①		1,370円		650円		
	第3段階②		1,370円		1,360円		
	第4段階		2,700円		1,800円		
第二奥戸くつろぎの郷 （奥戸3-25-23） 電話5654-6130 ※葛飾区民の方のみお申込みいただけます	第1段階		880円		300円	バルーン・人工肛門	無
	第2段階		880円		390円		
	第3段階①		1,370円		650円		
	第3段階②		1,370円		1,360円		
	第4段階		2,700円		1,900円		
スマイルホーム西井堀 （奥戸3-24-15） 電話3692-8600	第1段階		880円		300円	バルーン・人工肛門	無
	第2段階		880円		390円	在宅酸素・インシュリン注射	
	第3段階①		1,370円		650円	人工透析	
	第3段階②		1,370円		1,360円		
	第4段階		2,700円		1,700円		
ケアホーム葛飾 （小菅1-35-10） 電話3602-5900	第1段階		880円		300円	バルーン・人工肛門	有
	第2段階		880円		390円	在宅酸素・インシュリン注射	
	第3段階①		1,370円		650円	人工透析・経管栄養	
	第3段階②		1,370円		1,360円	たん吸引	
	第4段階		2,400円		1,800円		
癒しの里 西亀有 （西亀有3-18-6） 電話5647-7454	第1段階		880円		300円	バルーン・人工肛門	有
	第2段階		880円		390円	在宅酸素・インシュリン注射	
	第3段階①		1,370円		650円	経管栄養	
	第3段階②		1,370円		1,360円		
	第4段階		2,700円		1,600円		
第2サンシャインビル （福生市福生3244-10） 電話042-553-3701	第1段階	380円		0円	300円	バルーン・人工肛門	
	第2段階	480円		430円	390円	在宅酸素・経管栄養	
	第3段階①	880円		430円	650円	たん吸引	
	第3段階②	880円		430円	1,360円		
	第4段階	1,171円		855円	1,445円		
あゆみえん （青梅市新町9-2153-3） 電話0428-30-5550	第1段階		880円		300円	バルーン・人工肛門	
	第2段階		880円		390円	在宅酸素・経管栄養	
	第3段階①		1,370円		650円	たん吸引	
	第3段階②		1,370円		1,360円		
	第4段階		2,400円		1,620円		

入所申込施設

入所を希望する施設の名称を記入してください。第二奥戸くつろぎの郷は葛飾区民の方のみお申込みいただけます。

福生市の第2サンシャインビル、青梅市のあゆみえん(個室のみ)については葛飾区民の方用のベッドを約25床確保しています。区内入所希望施設と併せて、お申込みをご希望の方はチェックをつけてください。

被保険者番号、要介護認定有効期間、要介護度

介護保険被保険者証で申込時点での被保険者番号、有効期限、要介護度と相違がないか確認してください。

区内居住歴

住民票が葛飾区にあり、区民歴5年以上か5年未満かで判断してください。葛飾区民でない方は5年未満になります。

通算での評価はしないため、かつて葛飾区に5年以上住民票を置いていたが今は違う自治体にある場合、もしくは葛飾区に再転入した日から5年未満の場合は、5年未満に該当します。

介護サービスの利用状況

介護サービスの利用状況を記入してください。介護サービスを利用している場合は、できるだけケアプランや利用している居宅介護支援事業所や介護支援専門員に確認した上で、利用しているサービスを記入してください。また、現在入所中の方は入所している施設等の種別・名称を記入してください。

身体状況

認定審査の際の内容又は居宅介護支援事業所や介護支援専門員に確認した上で、記入してください。

在宅での生活状況について

① 同居者の有無

住民票上の状況ではなく、実態を記入してください。また、本人が入院・入所中の場合は自宅に戻った場合の状況を記入してください。

(例)同居の実態があると判断する場合

- ・世帯分離をしているが、同居者がいる。
- ・同一の住宅(アパート、マンション等の集合住宅を除く)内で玄関から出ることなく内部で行き来できる二世帯住宅に同居者がいる。

(例)同居の実態がないと判断する場合

- ・親族宅に住所を置いているのみで同居の実態がない。
- ・同居者が入院・入所中であり同居の実態がない。

② 要介護認定を受けてからの期間

通算はせず、引き続き1年以上であるかどうかを判断します。

要介護(1年)→要支援(半年)→要介護(半年)の場合は該当しません。

介護者の状況について

(c)在宅での生活状況で「同居者がいない」に該当する場合のみ「介護者は介護サービス事業者のみである」に回答可能です。

(c)で「同居者がいる」にチェックした方又は「同居者がいない」にチェックしたが、家族等に介護者がいる方は主な介護者の状況を記入してください。主な介護者が申込書表面の連絡者の場合は、「連絡者と同一」にチェックしてください。

介護者は、病気や障害等があるため介護できない。

介護者が長期の入院中であるか、進行性・慢性疾患等のため定期的な通院を余儀なくされており介護ができない場合や、要支援1以上、身体障害者手帳、愛の手帳、精神障害者保健福祉手帳、特定疾病等の医療証の交付を受けている場合です(介護保険証、手帳、医療証のコピーを添付するか、受付時にご提示ください。)

介護者は、1人で2人以上の障害等がある方を介護している。

1人の方が、今回の入所申込者以外に要支援1以上、身体障害者手帳、愛の手帳、精神障害者保健福祉手帳、特定疾病等の医療証の交付を受けている人を介護している場合です(介護保険証、手帳、医療証のコピーを添付するか、受付時にご提示ください。)

介護者は、75歳以上である。介護者は、65歳以上である。

主な介護者に記入した方の年齢について記入してください。

お住まいの状況

① 住居や施設から立ち退きを迫られている

受付日から3か月以内に立ち退きを迫られている場合のみ該当します。

立ち退き予定日が4か月以上先、特養への入所が決まり次第、未定(立ち退き予定日が空欄の場合含む)の場合は立ち退きを迫られているとは判断しないため、立ち退き予定日が記入しているか確認してください。

② 入院・入所中であるが戻る家がない

戻る家の存在の有無で判断します。

(例)戻る家があると判断する場合(戻る家が存在している)

- ・家はあるが事情(ゴミ屋敷、老朽化、バリアフリーでない等)により戻れない。
- ・介護保険で指定を受けていない、有料老人ホームやサービス付高齢者向け住宅に居住している。

(例)戻る家がないと判断する場合(戻る家が存在していない)

- ・家を処分している、またはマンション等の契約が終了しているため戻る家がない。
- ・親族宅に住民票のみ置いてあり同居の実態がないため戻る家がない(親族宅に住民票を置く前の住居はなくなっている)。

③ 病院、施設等に引き続き1年以上入院・入所している。

引き続き1年以上入院・入所しているかどうか。自宅に戻ることなく複数の病院・施設等で入院(所)を繰り返している場合も該当します。

④ 部屋または家が2階以上(1階が店舗・マンション等のため)にあるが、エレベーター等の昇降手段がない。

日頃、入所申込者が生活する部屋または家が2階以上にあり、その階までのエレベーター等の昇降設備がなく外に出ることができないなど、生活に支障がある場合に該当します。

⑤ 介護上の問題から住宅改修が必要だが、家主の承諾が得られない、または敷地が狭小等の理由で改修できない。

段差がある、介護をする部屋が狭いなど介護をする上で支障があり、住宅改修が必要だが、賃貸住宅で家主の承諾が得られない、または敷地が狭いために改修ができない等の場合に該当します。

⑥ 介護上の問題から住宅改修が必要だが、経済的理由で改修できない。

段差がある、介護をする部屋が狭いなど介護をする上で支障がある、住宅の老朽化が著しいなどの理由で住宅改修が必要だが、経済的な理由で改修できない場合に該当します。

自由記入欄

経済状況、介護者の就労状況等ご家庭でお困りの状況や、特に特別養護老人ホームへの入所を希望される理由がありましたら記入してください。

特別養護老人ホーム入所申込書兼調査書

入所申込施設	
--------	--

本申込と併せて区外施設へのお申込みも希望する場合には、施設名の左側の欄へチェックをお願いいたします

<input type="checkbox"/>	(福生市)第2サンシャインビラ	<input type="checkbox"/>	(青梅市)あゆみえん(個室のみ)
--------------------------	-----------------	--------------------------	------------------

	氏	名
フリガナ		
連絡者		

受付日	20			年			月			日
有効期限	受付日から1年後の同一月日									

入所申込者
との間柄

〒				-				
連絡および 送付先住所								自宅電話 () - 携帯電話 () -

	氏	名																
フリガナ			性別		<input type="checkbox"/> 明													
入所申込者氏名			<input type="checkbox"/> 男	生年 月日	<input type="checkbox"/> 大		年		月		日							
			<input type="checkbox"/> 女		<input type="checkbox"/> 昭													
入所申込者住所	〒				-													
	丁目 番 号																	
介護保険被 保険者番号										要介護認定 有効期間	2	0	年		月		日	まで
要介護度(a)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	生活保護受給の有無				<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし							
区内居住歴(b)	受付日時点で葛飾区民となって <input type="checkbox"/> 5年以上である <input type="checkbox"/> 5年未満である																	
居室の希望	<input type="checkbox"/> 個室 <input type="checkbox"/> 多床室 <input type="checkbox"/> どちらでもよい																	
疾病等の状況	かかりつけ 医療機関名											診断名 (病名)						
	入院先の 医療機関名																	
医療等の必要性	感染症 <input type="checkbox"/> ある() <input type="checkbox"/> ない 医療的行為 <input type="checkbox"/> バルーン <input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> 床ずれ <input type="checkbox"/> インシュリン注射 <input type="checkbox"/> たん吸引 <input type="checkbox"/> 経管栄養(<input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 経鼻) <input type="checkbox"/> 人工透析 <input type="checkbox"/> その他()																	
問題行動の 有 無	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない <div> <input checked="" type="checkbox"/> チェックして ください </div> <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 異食行動 <input type="checkbox"/> 暴言 <input type="checkbox"/> 暴力行為 <input type="checkbox"/> 幻覚・幻聴 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 介護への抵抗 <input type="checkbox"/> 火の不始末 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> その他()																	
介護サービスの 利用状況	居宅介護支援 事業所名											介護支援 専門員氏名						
	利用している サービス	<input type="checkbox"/> 通所介護(デイサービス) <input type="checkbox"/> 短期入所介護(ショートステイ) <input type="checkbox"/> その他()																
	入所している施設 等の種別・名称	<input type="checkbox"/> 認知症高齢者グループホーム <input type="checkbox"/> 介護老人保健施設 <input type="checkbox"/> 有料老人ホーム <input type="checkbox"/> サービス付高齢者向け住宅 <input type="checkbox"/> その他()										施設等の 名称						
身体状況	歩行	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	入浴	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	食事	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	トイレ	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助		

裏面にも記入する項目があります。

(c)		在宅での生活状況(c) 現在、病院・施設等に入院・入所されている方は、在宅に戻られた際の状況についてお答えください。	<input type="checkbox"/> 同居者がいない <input type="checkbox"/> 同居者がある
(d)			要介護認定を受けてからの期間 <input type="checkbox"/> 引き続き1年以上 <input type="checkbox"/> 1年未満
	(d)	介護者の状況(d)	<input type="checkbox"/> 介護者は介護サービス事業者のみである。 主な介護者 <input type="checkbox"/> 連絡者と同一 <input type="checkbox"/> 同一ではない場合 氏名()間柄() 住所()
		<input type="checkbox"/> 介護者は、病気(注1)や障害等(注2)があるため介護できない。 <input type="checkbox"/> 介護者は、1人で2人以上の障害等(注2)がある方を介護している。 <input type="checkbox"/> 介護者は、週平均40時間以上勤務(注3)している。 <input type="checkbox"/> 介護者は、週平均20時間以上勤務(注3)している。 <input type="checkbox"/> 介護者は、75歳以上である。 <input type="checkbox"/> 介護者は、65歳以上である。 <input type="checkbox"/> 介護者は、中学校入学前の子どもを育児中である。 (注1)「病気」とは、長期の入院中であるか、進行性・慢性疾患等のため定期的な通院を余儀なくされており、介護ができない状態をいう。 (注2)「障害等」とは、要支援1以上、身体障害者手帳、愛の手帳、精神障害者保健福祉手帳、特定疾病等の医療証の交付を受けている場合をいう。 (介護保険証、手帳、医療証のコピーを添付するか、受付時にご提示ください。) (注3)勤務先を確認させていただくことがあります。	
(e)		お住まいの状況(e) あてはまる項目を全てチェックしてください	<input type="checkbox"/> 住居や施設から立ち退きを迫られている。 (退院・退所、立ち退き予定日 年 月 日) <input type="checkbox"/> 入院・入所中であるが、戻る家がない。 <input type="checkbox"/> 病院、施設等に引き続き1年以上入院・入所している。 <input type="checkbox"/> 部屋または家が2階以上(1階が店舗・マンション等のため)にあるが、エレベーター等の昇降手段がない。 <input type="checkbox"/> 介護上の問題から住宅改修が必要だが、家主の承諾が得られない、または敷地が狭小等の理由で改修できない。 <input type="checkbox"/> 介護上の問題から住宅改修が必要だが、経済的理由で改修できない。
合計		自由記入欄 点数には反映されませんが、施設が現状を知るための参考となります	

- ・この入所申込書兼調査書の有効期限は受付日から1年後の同一月日までです。引き続き入所を希望される方は、有効期限が到来する前に入所申込書を再提出してください。
- ・要介護度や住所、介護者や住まいの状況など、今回記入した内容と状況が変わった場合は、施設へ申し出てください。
- ・他の施設への入所やお亡くなりになった場合など、申込みを取消される場合は、申込んだ施設へご連絡ください。

私は、この入所申込書兼調査書に記入された個人情報及び入所の可否に関する結果を国、東京都、葛飾区、高齢者総合相談センター（地域包括支援センター）、葛飾区内の特別養護老人ホーム及び入所申込者が契約している居宅介護支援事業所並びに入所申込者の介護保険の保険者に提供することに同意します。

なお、葛飾区介護保険課が要介護認定の結果等の情報を施設に提供することに同意します。

年 月 日

本人氏名

代理人氏名

※ この入所申込書兼調査書の記載内容に誤りがあった場合は、入所申込書兼調査書を再提出していただくことがあります。

要介護1・2の方のみ記載してください

(別紙)特列入所の要件確認書

入所申込者氏名

(1) 特別養護老人ホームに入所できる方は、原則要介護3以上の方に限定されています。

(2) 要介護1又は2の方の場合、次の要件に当てはまる方のみ、申込みができます。

注:本用紙は、申込の対象者となるかどうかを確認するためのものです。次の要件に当てはまることをもって、入所が決定されるものではありません。

<p>当てはまる項目にチェック</p>	<p><input type="checkbox"/> 認知症であって、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ひんばんに見られる。</p> <p><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ひんばんに見られる。</p> <p><input type="checkbox"/> 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。</p> <p><input type="checkbox"/> 単身世帯である、同居家族が高齢又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不十分である。</p>								
<p>チェックをつけた項目について、具体的な状況を必ず記載してください。(注)</p>	<table border="1"> <tr><td> </td></tr> <tr><td> </td></tr> <tr><td> </td></tr> <tr><td> </td></tr> <tr><td> </td></tr> <tr><td> </td></tr> <tr><td> </td></tr> <tr><td> </td></tr> </table> <p>注:記載内容の確認のためにお住まい等に伺わせていただくことがあります。</p>								

いずれに
申込も
み当
がて
では
きま
らな
い。場
合は、