

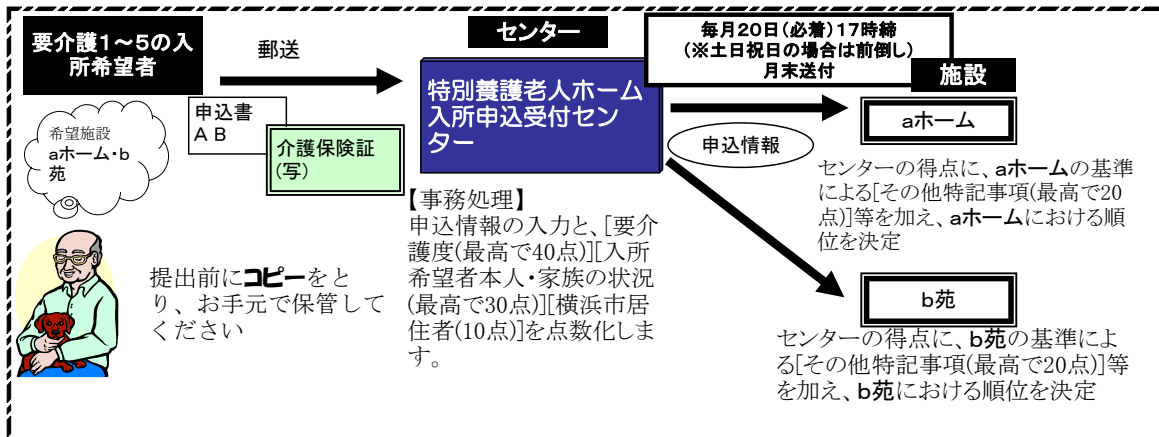
「特別養護老人ホーム入所申込書（兼同意書） A B」 記入のてびき

横浜市内の特別養護老人ホームの入所申込方法

入所申込書（兼同意書）AとB、介護保険証の写しをセンターへ郵送してください。

※添付書類や別紙の貼り付けなど、上記以外の書類は受付できませんのでご注意ください。

※要介護認定を受けていない場合は申込できません。



- ★ 横浜市内の特別養護老人ホームでは、この申込書の記載内容を「横浜市特別養護老人ホーム入退所指針」及びそれに準ずる各施設の基準に基づき点数化し、入所の必要性の高い方から順に入所していただくことになっています。
センターで点数化した点（最高で80点）に、各施設の「その他特記事項（最高で20点）」等を加え、各施設の入退所検討委員会で、その施設における順位を決定します。
申込書は「記入のてびき」をよく読み、ご本人の心身状況等を把握している方が正確に記入してください。事実と違うことが判明した場合には優先順位を変更する場合があります。
- ★ **変更**については、新規申込と同様に受付センターへ申込書AとBを記入の上、介護保険証の写しを添付してご郵送ください。
(控え用の申込書のコピーを使用し、変更部分のみを修正して送ると便利です。)
「要介護度」「入所希望者本人・家族の状況」等申込書の記載内容が変更になると、順位の変動に関わる場合があります。
- ★ 要介護認定有効期間のみが更新され（要介護度の変更がない場合）、その他の状況には変更がない場合は、介護保険証の写しのみセンターへご郵送ください。
- ★ 申込書の有効期間（2年間）が切れた際には、書類再提出のお知らせを発送いたします。その際は申込書に連絡窓口として記載された住所に送付いたします。案内が届きましたら、必要書類の提出をしてください。提出がない場合は、入所申込の取下げ手続きを行いませんのでご注意ください。
- ★ 申込みを取り下げたい場合には、受付センターへご連絡ください。
- ★ 問合せについて
申し込んだ施設を確認したい時…受付センターへ(電話:045-840-5817)

各施設の順位、金額、点数、「その他特記事項」の内容を確認したい時…各希望する施設へ直接お問合せください。

特養入所申込み全般について…横浜市健康福祉局高齢施設課へ(電話:045-671-2408 FAX:045-641-6408)

- ★ 市内特別養護老人ホームの情報は横浜市の健康福祉局のホームページからご覧いただけます。
<http://www.city.yokohama.lg.jp/kenko/shisetsu-index.html>
- ★ 施設側がお声がけをしても、特別養護老人ホームへの入所を希望されない方がいらっしゃいます。特別養護老人ホームへの入所申込は、ご家族・ご親族と検討いただき、入所の意向を統一してからお申込ください。

申込書の記入の仕方

「特別養護老人ホーム入所申込書（兼同意書） A」

申込書は必ずA Bを一組でお使いください（新規・変更とも）

<新規／変更（継続）>

どちらかを○で囲んでください。

- ・ **新規** = はじめて特別養護老人ホームへ入所を申し込む場合。
- ・ **変更（継続）** = すでに特別養護老人ホーム入所申込書を提出している方で、記載内容（住所や要介護度等）に**変更**が生じた場合や、**希望施設の変更**（新しい施設への申し込み等）の場合。

<申込者（連絡窓口）>

- ・ 入所希望者本人以外の方が申込みをする場合に記入してください（原則として1名）。
- ・ 記入された方に対して、施設側が連絡を取るようになりますので、必ず連絡が取れる電話番号等を記入してください。
- ・ 変更される場合は必ず、申込書を受付センターへご郵送ください。

<介護支援専門員>

- ・ 介護支援専門員（ケアマネジャー）がいらっしゃる場合に記入してください。
- ・ 入所希望施設が、直接介護支援専門員へ問合せをする場合があります。
- ・ 記載をしなくても不利益になることはありません。
- ・ 入院している等の理由で介護支援専門員がいない場合は未記入。

<入所希望者本人・家族の状況>

（ア）入所希望者本人の状況について

- ・ 1～3の中で、入所希望者本人の状況について、**一つだけ○で囲んでください（必須）**
- ・ **本人が入院・入所中の時は自宅に戻った場合の状況について記入してください。**

（イ）主たる介護者である家族の状況について

- ・ 1～5の中で、主たる介護者である家族の状況について、**一つだけ○で囲んでください（必須）**
- ・ 入所希望者本人に関わる主な家族（定義は申込書参照）の方の状況を記載してください。3に該当する場合はカッコ内の具体的な状況で当てはまるものに、チェックを記入してください。

<入所希望施設名記入欄>

- 入所を希望する施設名を、次頁以降の一覧表を参考にして、正確にお書きください。
記入のてびきの施設名一覧に記載のない施設への申込受付はしていません。
- 申込施設数は**5か所**までとなります。
- 施設の希望順位は受付しておりません。（記載順＝希望順位ではありません。）
- ◎ **変更・追加は申込書の再提出を行なうことで、受付センターで処理します。その際は、引き続き希望される施設名も含めてご記入ください。**
（ご記入が無い場合は、取下げとなります。）⇒6ページの【要注意】を参照
- 申込をする特別養護老人ホームの種別（従来型かユニット型）もチェックをしてください。

<個室希望について>

- ・ 従来型特別養護老人ホーム（4人部屋中心の特養）にも個室がある場合があります。従来型を希望される場合は個室利用希望について該当項目にチェックを入れてください。
- ・ ユニット型特別養護老人ホームは、全室個室です。
- ・ 介護保険利用者負担段階に応じた居住費をご負担いただきます。

<入所希望者本人の情報>

住所 = 介護保険証（介護保険被保険者証）に記載されている本人住所を記入してください。

保険証番号 = 介護保険証に記載されている**保険者番号6桁**と**被保険者番号10桁**の番号を記入し、**介護保険証の写し**を添付してください。

要介護認定 = 要介護度を○で囲んでください。なお、認定有効期間が切れている場合や、要介護認定を受けていない場合、**要支援1・2の方は申込できません。**

現在の状況及び介護サービスの利用状況 = 1～3のいずれか一つを○で囲んでください。

- 「1施設」の場合、該当する施設の種別にチェックを記入し、施設名及び施設連絡先を記入してください。
- 「2病院」の場合、入院されている理由、時期、入院先及び入院先の連絡先について記入してください。
- 「3在宅」の場合、利用しているサービスをチェックし、直近週の利用回数（ショートステイは最近3か月（前月・今月・来月予定分）の利用状況）を記入してください。訪問介護と訪問リハ（通所介護と通所リハも同様）を両方利用している場合は、回数を合計してください。（例：通所介護と通所リハを週1回ずつ利用…計2回なので「週2回以上」と記入）

その他の状況 = 1～3の内、該当する項目がある場合は番号に○をしてください。また1・2に該当する場合は、カッコ内の具体的な状況で当てはまるものに、チェックを記入してください。

「特別養護老人ホーム入所申込書（兼同意書） B」

◎すべての項目について必ず記入してください。

<入所希望者の状況>

食事 **排泄** **入浴** **動作等** = ご本人の状態に一番近い項目にチェック

身体状況 **睡眠** **嗜好品等**

認知症の状態 = 1か2のいずれかを○で囲んでください。

- 「2有」の場合は、現在の状況についてチェック（複数可）を記入してください。
- ※ 無しの場合も必ず「1無」に○を付けてください。

医療情報

- 申込者のわかる範囲で記入してください。医師や看護師等に記載を求めるものではありません。
- 「医療的処置」については1か2のいずれかを○で囲んでください。「2有」の場合は、現在の状況についてチェック（複数可）を記入してください。
- ※ 無しの場合も必ず「1無」に○を付けてください。
- 「既往歴」「現病歴」「内服薬」がある場合は必ず記載してください。
- ※ 入院加療が必要な場合は、治療が終わってからの入所選考となります。

<同意欄>

- 入所希望者（ご本人）が申込書を記入された場合は本人氏名のみ。ご本人以外の方が記入された場合には申込者（連絡窓口）氏名もご記入ください。
- 自署の場合、押印は不要です。署名の代わりに「記名（ゴム印等）と押印」も可能です。

申込書を郵送する際には、介護保険証の写しを同封し、9ページ左下のラベルを切り取り、封筒に貼ってください。**重量分の郵便切手もお貼りください。**

施設名一覧表

市内特別養護老人ホームの情報は横浜市の健康福祉局のホームページからご覧いただけます。

<http://www.city.yokohama.lg.jp/kenko/shisetsu-index.html>

○従来型特養（1～4人部屋）

(市外局番：045)

従来型特養とは？

居室が4人部屋が中心の施設になります。施設によっては個室があります。

食費・居住費は利用者負担第4段階（課税世帯）の方の一日あたりの金額です。変更される場合があります。

区	施設名	電話	食費	居住費		※	区	施設名	電話	食費	居住費		※
				多床室	個室						多床室	個室	
青葉	ヴェルデの森	962-6006	1,550	330	1,610	(※1)	栄	上郷苑	891-6066	1,380	320	/	
	ピア市ヶ尾	973-7607	1,500	550	1,750	(※2)		クロスハート栄横浜	896-1233	1,650	750	1,580	
	ひかり苑	971-4602	1,530	500	/		瀬谷	ひだまり館	364-2227	1,380	320	1,150	
	緑の郷	903-8500	1,827	590	/			みなみの苑	364-0373	1,380	500	1,500	
旭	旭ホーム	954-4822	1,600	500	/		都筑	ゆうあいの郷	303-8080	1,584	568	1,145	
	あだちホーム	922-1501	1,780	540	/			都筑の里	949-0601	1,870	840	/	
	今宿ホーム	360-1002	1,510	590	1,650	(※3)	中川の里	591-2333	1,870	820	/		
	グリーンサイド清盛	362-3355	1,620	410	/		鶴見	新鶴見ホーム	570-5000	1,380	320	1,150	
	さくら苑	952-1111	1,650	600	/			やまゆりホーム	583-1833	1,380	320	/	
	サンライズヒル横浜	955-5341	1,910	320	1,150		戸塚	しなの森のさと	826-1222	1,562	537	1,736	
	シャローム横浜	922-7333	1,500	500	1,500			しらゆり園	861-1112	1,440	320	775	
	椿寿	958-1088	1,580	500	1,300			聖母の園	851-6053	1,380	320	1,150	
	富士見園	352-1122	1,820	410	/			太陽の園	812-8435	1,380	385	/	
	弥生苑	922-5141	1,500	450	1,400			和みの園	851-0753	1,800	704	1,567	
相生荘	813-3131	1,380	320	1,150		ライフヒルズ舞岡苑		825-1234	1,380	500	1,350		
泉	泉の郷	800-1800	1,500	320	1,150		松みどりホーム	851-8087	1,380	320	/		
	いずみ芙蓉苑	304-2421	1,500	430	1,600		中	新山下ホーム	625-1916	1,380	320	/	
	希望苑	812-8181	1,600	500	/			本牧ホーム	628-2081	1,380	320	1,150	
	恒春ノ郷	813-0008	1,500	420	/		西	戸部ハマノ愛生園	317-8100	1,451	601	1,250	
	新橋ホーム	811-0692	1,380	320	/			パークサイド岡野ホーム	311-2360	1,462	568	1,150	
	天王森の郷	804-3311	1,380	320	1,150		ハマノ愛生園	311-3720	1,579	659	/		
	白寿荘	803-6457	1,600	400	/		保土ヶ谷	今井の郷	351-7736	1,560	320	1,150	
たきがしら芭蕉苑	750-5151	1,380	320	1,150		快風苑		355-5563	1,470	450	/		
中原苑	776-3500	1,380	320	/		かわしまホーム		371-8080	1,380	320	/		
峰の郷	833-1742	1,500	500	1,240		さわやか苑		381-3567	1,380	320	1,150		
けやき荘	470-3900	1,380	483	1,150		夢の里		335-0265	1,380	320	1,150		
磯子	若竹苑	381-3232	1,600	400	1,150		よつば苑	712-8601	1,380	320	/		
	金沢美浜ホーム	788-1600	1,500	500	/		緑	慶星閣	934-7101	1,530	610	1,150	
	富岡はまかぜ	769-2015	1,600	450	1,580			ふじ寿か園	931-7141	1,460	580	/	
	横浜能見台ホーム	790-6381	1,700	800	1,565		メゾンヴェルト	935-6471	1,380	320	1,150		
	若草ホーム	784-6900	1,500	500	/		南	浦舟ホーム	264-1150	1,380	320	1,000	
わかたけ富岡	776-1230	1,600	500	1,500		香樹の里		820-4123	1,560	375	1,640		
すずかけの郷	848-1165	1,448	320	1,150		天神ホーム		251-5906	1,380	320	1,000		
野庭苑	892-8881	1,620	600	/		白朋苑		742-0625	1,380	320	/		
パラダイム港南	824-7333	1,510	740	1,600		南太田ホーム		250-6771	1,380	320	1,150		
港北	芙蓉苑	822-5911	1,500	430	1,600		南永田桜樹の森	711-2200	1,500	1,000	/		
	港北みどり園	592-7201	1,380	320	/								
	新横浜さわやか苑	544-4165	1,380	320	1,150								
	新横浜パークサイドホーム	471-8688	1,900	540	1,270								
	ワゲン新横浜	540-6776	1,478	696	1,633								

(区名50音順・同一区内は施設名50音順)

(※1) 個室を利用の場合、特別な室料82円/日

(※2) 個室を利用の場合、特別な室料52円/日

(※3) 認知症棟個室を利用の場合、590円/日

○ユニット型特養（全室個室）

（市外局番：045）

ユニット型特養とは？

全室個室で、約10人程度のグループで生活をします。個室のそばには共同生活室（リビングスペース）があります。施設の設備等はそれぞれ施設ごとで異なります。

食費・居住費は利用者負担第4段階（課税世帯）の方の一日あたりの金額です。変更される場合があります。

区	施設名	電話	食費	居住費	区	施設名	電話	食費	居住費	
青葉	青葉ヒルズ	961-0088	2,000	3,000	港北	支え合いの家	548-3311	1,635	2,770	
	創生園青葉	962-2515	1,500	2,800		新吉田	590-5051	1,380	2,700	
	大樹の郷	960-3701	1,600	3,200		ニューバード	534-0150	1,720	3,300	
	青葉	たまプラーザ倶楽部	909-5261	1,500	2,500	栄	上郷苑	897-3055	1,380	2,800
		てるてる園	962-8378	1,990	2,810		クロスハート野七里・栄	897-3456	1,800	3,250
	旭	ピオラ市ケ尾	308-7081	1,870	5,000	田谷の里	852-0012	1,380	2,740	
		わかたけ青葉	960-0651	1,600	3,800	陽のあたる丘MISONO	892-1423	1,580	3,150	
今川の郷		367-1165	1,600	2,500	ライフコートさかえ	890-5066	1,540	3,260		
ヴィラ桜ヶ丘		952-2300	1,430	2,400	瀬谷	愛成苑	300-0881	1,650	2,500	
ヴィラ南本宿		351-7500	1,430	2,400		スプリングガーデン瀬谷	304-0241	1,560	3,220	
ヴィラ横浜		953-6733	1,380	2,170		ファミリーイン瀬谷	304-1181	1,400	2,100	
かわいの家		954-4500	1,590	2,980	ラベ瀬谷	924-3788	1,650	2,195		
グリーンライフ		959-5230	1,380	2,900	都筑	池辺	949-1851	1,380	2,700	
サニーヒル横浜		920-0320	1,520	2,800		ヴィラ都筑	593-2800	1,430	2,400	
水の郷		921-1211	1,610	3,200		ハートフルガーデン川和	930-3888	1,500	2,200	
陽光苑	959-1081	1,838	2,197	ハピネス都筑		914-8850	1,500	2,700		
泉	ヴィラ泉	301-2900	1,430	2,000	鶴見	しょうじゅの里鶴見	576-5020	1,380	1,970	
	ウエルフェアリビング	806-1166	1,600	2,550	戸塚	恒春の丘	825-8011	1,600	2,800	
	グリーンヒル泉・横浜	806-5900	1,500	2,550		来夢の里	869-0171	1,420	2,900	
	けいあいの郷 緑園	815-1670	1,770	2,370	保土ヶ谷	くぬぎ台	370-5320	1,380	2,700	
	めぐみ	800-4165	1,680	2,850		太陽の國ほどがや	730-1165	1,550	2,870	
	横浜敬寿園	800-3180	1,410	2,310		美立の杜	351-7899	1,670	2,650	
	緑園都市睦愛園	815-1570	1,380	2,800		ラポール三ツ沢	337-3366	1,860	2,890	
磯子	磯子自然村	778-1120	1,540	2,017	レジデンシャル常盤台	348-8001	1,830	2,380		
	新磯子ホーム	750-5585	1,500	2,500	緑	北八朔	929-6001	1,380	2,700	
	ちくぶ坂下ホーム	750-0808	1,500	2,500		しょうじゅの里三保	921-0013	1,900	3,600	
	峰の郷	833-1742	1,500	3,230		ピオラ三保	924-2223	1,870	3,000	
神奈川	菅田心愛の里	470-7788	1,720	3,370	フォーシーズンズヴィラこもれび	938-0770	1,700	3,600		
	羽沢の家	372-1239	1,833	2,000	みずほ	986-0063	1,670	2,240		
	福寿園横浜	474-1180	1,470	2,030	横浜ナーシングビレッジ	511-7788	1,600	3,200		
港南	サンパレー	828-3781	1,500	2,500	横浜よさこいホーム	932-4351	1,380	1,970		
					南	リバーサイドフェニックス	251-2525	1,500	2,500	

（区名50音順・同一区内は施設名50音順）

注）クロスハート野七里・栄、ちくぶ坂下ホームについては、横浜市が発行する介護保険証をお持ちの方のみお申し込いただけます。

- （※1） 特別な室料100～500円／日がかかる居室があります。
- （※2） 特別な室料525～1260円／日がかかる居室があります。
- （※3） 特別な室料700円／日がかかる居室があります。
- （※4） 特別な室料100円／日がかかる居室があります。
- （※5） 従来型にユニット型を増築しています。
- （※6） 特別な室料100円／日がかかる居室があります。
- （※7） 特別な室料550円／日がかかる居室があります。
- （※8） 特別な室料200～600円／日がかかる居室があります。
- （※9） 特別な室料200円／日がかかる居室があります。
- （※10） 特別な室料2,500円／日がかかる居室があります。
- （※11） 特別な室料200円／日がかかる居室があります。

各施設における点数や順位、入所の可否等は、それぞれの施設へお問い合わせください。

【特別養護老人ホーム利用に関する費用負担について】

- ・ご負担いただく費用は介護保険利用料の1割負担と食費、居住費、日常生活費(理美容代等)となります。食費・居住費については各施設ごとに設定されます。また居住費は、利用する部屋(個室か複数人部屋等)によって異なります。詳しい料金設定については、各施設へお問合せください。
- ・食費、居住費について、市民税非課税世帯(1~3段階)の方には、所得に応じた負担限度額が設定され、軽減されます。この軽減を受けるためには、お住まいの区役所保険年金課にて「介護保険負担限度額認定証」の申請手続きが必要となります。
- ・市民税非課税世帯の方で、一定の所得・資産基準以下の場合、社会福祉法人による利用者負担軽減が受けられます。詳しくは健康福祉局高齢施設課(671-3923)へお問合せください。

【要注意！】 入所希望施設(申込A)を変更する際の注意点

ケース

申込当初は、Aホーム、Bホーム、Cホーム、D苑、E苑の5施設を希望していたがCホームを止めてFホームに変更し、Aホーム、Bホーム、D苑、E苑は引き続き希望する場合は以下の変更後 **正** のように、Fホームに加えAホーム、Bホーム、D苑、E苑を申込書Aの「入所希望施設名」の欄に記入して下さい。

変更前

申込書 B

【申込書A】

入所希望施設名	Aホーム
	Bホーム
	Cホーム
	D苑
	E苑

当初、Aホーム、Bホーム、Cホーム、D苑、E苑の5施設を希望していた。

申込書の出し直し

変更後

正

【申込書A】

入所希望施設名	Aホーム
	Bホーム
	D苑
	E苑
	Fホーム

Aホーム、Bホーム、D苑、E苑、Fホームの5施設を希望していることになる。

誤

【申込書A】

入所希望施設名	Fホーム
---------	------

Aホーム、Bホーム、D苑、E苑は取り下げとなり、Fホーム1施設のみを希望していることになる。

※入所希望施設の変更に伴い、申込書を出し直して頂く際に、上記の様なミスが発生しています。申込書を出し直される際には、十分ご注意の上郵送してください。

(注意) 申込書Aの入所希望施設名について、記載された施設のみが申込みを行う施設となります。

記入例

特別養護老人ホーム入所申込書(兼同意書) A

新規・変更(継続)

※介護保険証の写しを必ず同封してください

センター管理番号

記入日: 23年10月1日
注)入所希望者本人の心身の状況を把握している方が太線内を正確にご記入ください。ご不明な場合はケアマネジャーなどにご相談ください。事実と相違する場合は優先順位が変更されます。

申込者情報欄: フリガナ(ヨコハマ ハナコ), 氏名(横浜 花子), 〒住所(中区港町1-1), 連絡先(日中, 夜間, FAX, 携帯電話)

※連絡がつかない場合は、入所の順番が遅くなる可能性があります。必ず連絡がつく連絡先をご記入下さい。

介護支援専門員情報欄: フリガナ(ミナト ヨウコ), 氏名(港 陽子), 事業所(ミナト居宅介護支援センター), 連絡先(TEL: 045(000)0000)

注)入所希望者の状況をより正確に把握する為に記入をお願いいたします。記載しないことで不利益を受けることはありません。

入所希望者本人・家族の状況欄: (ア)入所希望者本人の状況, (イ)主たる介護者である家族の状況, チェックボックス(独居, 高齢者世帯, 同居家族, 主たる介護者不在, 主たる介護者入院, 主たる介護者介護できない, 主たる介護者介護困難)

※上記を記入し、現在の本人、家族の状況をご記入ください。
妻は、高齢及び要介護認定を受けているため自分の生活だけでも手一杯である。糖尿病も患っており、通院と夫の介護を両立することは非常に困難な状況である。在宅サービスも利用しているが、夜間の夫の認知症への対応に疲れきっている。

直接介護している世帯ではないが、長男家族は横浜市内に居住しているが、常勤就労であること、子育てもあり介護協力は困難。次男家族もいるが、愛知県に住んでおり同じく介護協力は困難。
希望施設が従来型かユニット型かは、記入の手引きの施設一覧でご確認ください。

入所希望施設名欄: Aホーム, Bホーム, Cホーム, 施設区分(従来型・ユニット型)にチェック, 個室希望(従来型希望の方)

全て記入する必要はありません。「自宅・勤務先」のチェックを忘れずに。

必ず該当する番号1つを○で囲んでください。

入所希望者本人の情報

介護保険者情報欄: 介護保険者番号(1400000), 被保険者番号(0000000000), 要介護度(3), 認定有効期間(平成23年9月1日~24年8月31日), 氏名(横浜 一郎), 性別(男), 生年月日(明治・大正・昭和) 10年1月1日, 〒住所(横浜市港区港町1-1)

現在の状況及び介護サービスの利用状況欄: 1 施設, 2 病院, 3 在宅(訪問介護, 訪問入浴, 訪問看護, 通所介護, 短期入所生活介護, 小規模多機能型居宅介護, 夜間対応型訪問介護, 認知症対応型通所介護, サービス利用なし, その他)

その他の状況欄: 該当する番号に○をカックコ内は, 1 [], 2 住居が介護に適さない, 3 入所希望者本人が老健や病院等に入所(入院)中で、退所(退院)後も在宅生活は困難である。

【横浜市内施設専用】
※太線内を正確に記入して下さい

記入例
特別養護老人ホーム 入所申込書(兼同意書) B

新規・変更(継続)

フリガナ	ヨコハマ	イチロウ							
入所希望者 本人の氏名	横浜 一郎								

注1) 入所希望者本人の状態を把握している方が正確にご記入ください。ご不明な点は担当ケアマネジャーなどにご相談ください。**事実と相違する場合は優先順位が変更されます。**

注2) 申し込みの有効期間は二年間です。有効期間を経過した後も継続して施設入所を希望する場合は、改めて申込書を提出する必要があります。また有効期間内でも**記載内容に変更があった場合は変更手続きが必要**となりますのでご注意ください。

入所希望者本人の状態	食事	状態	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input checked="" type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 経口摂取不可
		食事形態	主食 <input type="checkbox"/> 常食 <input type="checkbox"/> 粥食 <input checked="" type="checkbox"/> キナー <input type="checkbox"/> その他()
			副食 <input type="checkbox"/> 常食 <input type="checkbox"/> 刻み <input type="checkbox"/> みじん <input checked="" type="checkbox"/> キナー <input type="checkbox"/> その他()
		嚥下	<input type="checkbox"/> むせない <input type="checkbox"/> 時々むせる <input checked="" type="checkbox"/> 毎回むせる <input type="checkbox"/> トロミ剤の使用(<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無)
	排泄	状態	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 誘導・一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
		尿意	尿意 <input type="checkbox"/> ある <input checked="" type="checkbox"/> 時々ある <input type="checkbox"/> ない
		便意	便意 <input type="checkbox"/> ある <input checked="" type="checkbox"/> 時々ある <input type="checkbox"/> ない
		下着	<input type="checkbox"/> 綿パンツ <input checked="" type="checkbox"/> オムツ(<input checked="" type="checkbox"/> 昼 <input checked="" type="checkbox"/> 夜) <input type="checkbox"/> リハビリパンツ(<input type="checkbox"/> 昼 <input type="checkbox"/> 夜) <input type="checkbox"/> パッド(<input type="checkbox"/> 昼 <input type="checkbox"/> 夜)
		場所	<input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ <input type="checkbox"/> 尿器 <input type="checkbox"/> その他()
	入浴	状態	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input checked="" type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
		方法	<input type="checkbox"/> 家庭の浴槽 <input checked="" type="checkbox"/> 訪問入浴サービス <input type="checkbox"/> 施設一般浴 <input type="checkbox"/> 施設機械浴
		更衣	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input checked="" type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
		拒否	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> 時々ある <input type="checkbox"/> 強くある
	動作等	移動方法	<input checked="" type="checkbox"/> 自立歩行 <input type="checkbox"/> 杖歩行 <input type="checkbox"/> 歩行器(<input type="checkbox"/> 安定 <input type="checkbox"/> 不安定) <input type="checkbox"/> 車椅子(自操 <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可)
		立位	<input checked="" type="checkbox"/> 安定 <input type="checkbox"/> 支えがあれば可 <input type="checkbox"/> 不安定 <input type="checkbox"/> 不可
		座位	<input checked="" type="checkbox"/> 安定 <input type="checkbox"/> 支えがあれば可 <input type="checkbox"/> 不安定 <input type="checkbox"/> 不可
		寝返り	<input checked="" type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> つかまれば可 <input type="checkbox"/> 不可
		外出	<input type="checkbox"/> まれである <input type="checkbox"/> しない <input type="checkbox"/> 寝たきり
	身体状況	視力	<input type="checkbox"/> 見える <input checked="" type="checkbox"/> 見えにくい(<input checked="" type="checkbox"/> 眼鏡使用) <input type="checkbox"/> 見えない(<input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 右)
		聴力	<input type="checkbox"/> 聞こえる <input checked="" type="checkbox"/> 聞こえにくい(<input checked="" type="checkbox"/> 補聴器使用) <input type="checkbox"/> 聞こえない(<input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 右)
言語		<input checked="" type="checkbox"/> 話せる <input type="checkbox"/> 聞き取りにくい <input type="checkbox"/> 話せない	
意思		<input type="checkbox"/> 疎通できる <input checked="" type="checkbox"/> ある程度できる <input type="checkbox"/> 疎通できない	
麻痺の有無		<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(<input type="checkbox"/> 左上肢・ <input type="checkbox"/> 右上肢・ <input type="checkbox"/> 左下肢・ <input type="checkbox"/> 右下肢・ <input type="checkbox"/> その他)	
睡眠	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 眠れないことが多い <input checked="" type="checkbox"/> 不眠 <input checked="" type="checkbox"/> 睡眠薬の使用(<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無)		
嗜好品等	飲酒	<input checked="" type="checkbox"/> 飲まない <input type="checkbox"/> 飲む(量)	
	タバコ	<input checked="" type="checkbox"/> 吸わない <input type="checkbox"/> 吸う(本/日)	

同意書は必ずご記入ください。ご本人様が記入ができない場合は代理人の方でも構いません。

※申込書ABを必ず記入のうえ介護保険証の写しを同封して郵送してください。また申込書はコピーを一部取り、控えとして保管してください。

記入日 23 年 10 月 1 日

センター管理番号

該当する番号に○をつけ、カックコ	1 無
	2 有
認知症の状態	診断名 <u>アルツハイマー型認知症</u> 時期 <u>平成21年 5月から</u>
	<input checked="" type="checkbox"/> 常時徘徊 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 異食(食物以外のものを口に入れる) <input type="checkbox"/> 介護抵抗 <input type="checkbox"/> 脱衣 <input type="checkbox"/> 自傷(自分を傷つける行為) <input type="checkbox"/> 他傷(他人を傷つける行為) <input type="checkbox"/> 収集癖 <input type="checkbox"/> 声出し <input type="checkbox"/> 暴言 <input type="checkbox"/> 不快な音を立てる <input checked="" type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 不眠 <input type="checkbox"/> 被害妄想 <input type="checkbox"/> 自殺願望 <input type="checkbox"/> セクハラ(性的逸脱行為) <input type="checkbox"/> ひどい物忘れ <input checked="" type="checkbox"/> その他(<u>帰宅願望</u>)
	※上記の状態について具体的に記入してください。(頻度、程度等) 平成21年4月～夜間トイレに行った後、ソファなどベッド以外で眠ることが多くなり、5月にアルツハイマー型認知症と診断を受けた。その後も、夜間も自宅で動き回り大声を出すことが多くなり、昼間に眠り夜間活動するようになる。また、帰宅願望も強く、ショートステイの利用時にその旨を強く訴え出る。

※申込者の分かる範囲で記入して下さい。医師・看護師等に記入を求めるものではありません。	
情報提供者	<input checked="" type="checkbox"/> 親族 <input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> その他()
医療的処置	1 無
	2 有
	<input type="checkbox"/> 経管栄養 <input checked="" type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> インシュリン注射 <input type="checkbox"/> 気管切開(胃ろう以外) <input type="checkbox"/> 褥瘡の処置 <input type="checkbox"/> パルーンカテーテル留置 <input type="checkbox"/> 常時吸引(昼__回、夜__回) <input type="checkbox"/> ストマ <input type="checkbox"/> 膀胱ろう <input type="checkbox"/> 皮膚疾患 <input type="checkbox"/> 精神疾患 <input type="checkbox"/> その他()
既往歴	結核の既往(<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無) 精神疾患の既往(<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無) 骨折の既往(<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無) ・平成20年2月 右大腿部骨折 ・平成20年2月～3月 ○○病院に入院 Ope済 ・平成21年1月 ○△病院にて胃ろうをつくる ※入院していた場合はその時期もご記入ください(入院H●年●月～H▲年▲月)
現病歴	・平成21年6月～糖尿病 ※入院している場合は入院時期もご記入下さい(入院H●年●月～)
内服薬	・○×薬 朝1錠 夕1錠 ・×△○ 寝る前1錠 ※添付書類では受付できませんので、ご記入ください。
特記事項	・胃ろう ○○Keal 3回/日

注)このほかに必要に応じ健康診断書等の提出を求める場合があります。

特別養護老人ホームへの入所が円滑に行なわれるよう支援するため、入所申し込みに必要な範囲に限り、入所希望施設または横浜市に対し、申し込み内容に関する情報を提供することに同意します。	平成 23 年 10 月 1 日
入所希望者 本人氏名 <u>横浜 一郎</u> (印)	氏名欄について、 自署の場合は、 押印不要です。
※申込者が本人以外の場合 申込者(連絡窓口)氏名 <u>横浜 花子</u> (印)	
同意書	

提出前チェックシート

申込書を「特別養護老人ホーム入所申込受付センター」へ郵送する前に、次の項目をチェックしてください。

		チェック
共 A	記入日を記入しましたか	
	<申込者(連絡窓口)>は記入しましたか (本人が申し込む場合は不要です)	
通 B	<本人の情報>は、介護保険証のとおり正確に記入しましたか	
申込書 A	新規・変更(継続)のいずれかに○をつきましたか	
	介護保険証(認定更新中の場合「介護保険資格者証等」)をコピーしましたか	
	<本人の状況>は1~3のうち、 一つだけ に○をつきましたか	
	<主たる介護者である家族の状況>は1~5のうち、 一つだけ に○をつきましたか	
	● 家族がない場合 → 1 に○	
	● 入院・入所・県外 → 2 に○	
	● 何らかの理由により困難 → 3 を選んだ場合は、その理由に必ずチェック	
	● 該当項目はないが介護が困難 → 4 に○	
	● 介護が困難な状態ではない → 5 に○	
	<入所希望施設名>は、現時点で希望する施設名を5つまで記入し、施設種別にチェックを入れましたか (以前に申し込んだ施設も合わせて)	
<個室希望>は、従来型特養を希望している場合、チェックをつきましたか (ユニット型は全室個室です)		
<現在の状況>は、1~3のうち、 一つだけ に○をつきましたか		
<利用中のサービス>は、該当するものがある場合、チェックをつきましたか (サービスを利用していなければ、サービス利用なしにチェックしてください。)		
<その他の状況>は、該当するものがある場合、該当する番号に○をつきましたか。1・2を選んだ場合は理由にチェックをつきましたか		
申込書 B	<入所希望者の状態>は、該当するものにチェックをつきましたか	
	<認知症の状態>は、いずれかに○をつきましたか	
	<医療情報>は、わかる範囲で記入されていますか	
	<同意書>に署名(または記名と押印)しましたか	
申込書 A と B のコピーをとりましたか (控え用)		
封筒に、申込書 A と B、介護保険証 (写し) を入れましたか		A B 証
封筒に受付センターの宛名と重量分の切手を貼りましたか		
不要な書類 (添付書類や別紙の貼り付けなど) は入っていませんか (申込書 A と B と介護保険証 (写し) 以外は受付できません)		
投函した日:平成 年 月 日		

申込書ABのコピーと、このチェックシートを一緒にお手元で保管してください

★ こんな時にはお手続きください ★

- ・ 要介護度、入所希望施設の変更等申込書の記載内容が変わった。
→ 申込書ABと介護保険証の写しをセンターへ郵送してください。
(控え用のコピーがある場合には変更部分のみ修正しての使用可)
- ・ 要介護認定が更新された(要介護度は変わらず有効期間のみ変更)。
→ 介護保険証の写しをセンターへ郵送してください。
- ・ 入所を希望しなくなったので申し込みを取下げたい。もしくは、入所した。
→ 申込受付センターへご連絡ください。

〒233-0002 港南区上大岡西1-6-1 ゆめおおおかオフィスタワー 10階 横浜市福祉事業経営者会
 特別養護老人ホーム入所申込受付センター 電話:840-5817 FAX:840-5816
 受付時間:平日 9:00~17:00 http://www.y-hukushijigyo.or.jp/
 休日:土日祝日

※入退所指針等については横浜市健康福祉局高齢施設課へお問合せください。

電話 : 045-671-2408 F A X : 045-641-6408

〒233-0002
 港南区上大岡西1-6-1 ゆめおおおかオフィスタワー 10階
 横浜市福祉事業経営者会

特別養護老人ホーム入所申込受付センター

電話:045-840-5817
 FAX:045-840-5816

※特別養護老人ホーム入所申込受付センターでは、特別養護老人ホームへの入所に関する相談を受付けています、来所による相談を希望される場合は、事前にご連絡(電話:045-840-5817)をお願いいたします。【受付時間:平日9時~17時(土日祝日は休み)】