

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。

【特別養護老人ホームとは】

身体が不自由なため寝たきり状態の方、認知症があり常時介護が必要な方などに、日常生活に必要な身の回りの介護、機能訓練、療養上のお世話などのサービスを提供する入所施設です。

【お申込みの対象者】

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又は2の方は、一定の要件（※「入所申込書兼調査書」参照）に該当する場合に申込むことができます。

【申し込みの受付窓口】

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のうちの1か所に郵送またはFAXするか、直接お持ちください。**1回の提出で複数の施設を申し込むことができます。
- ・ 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

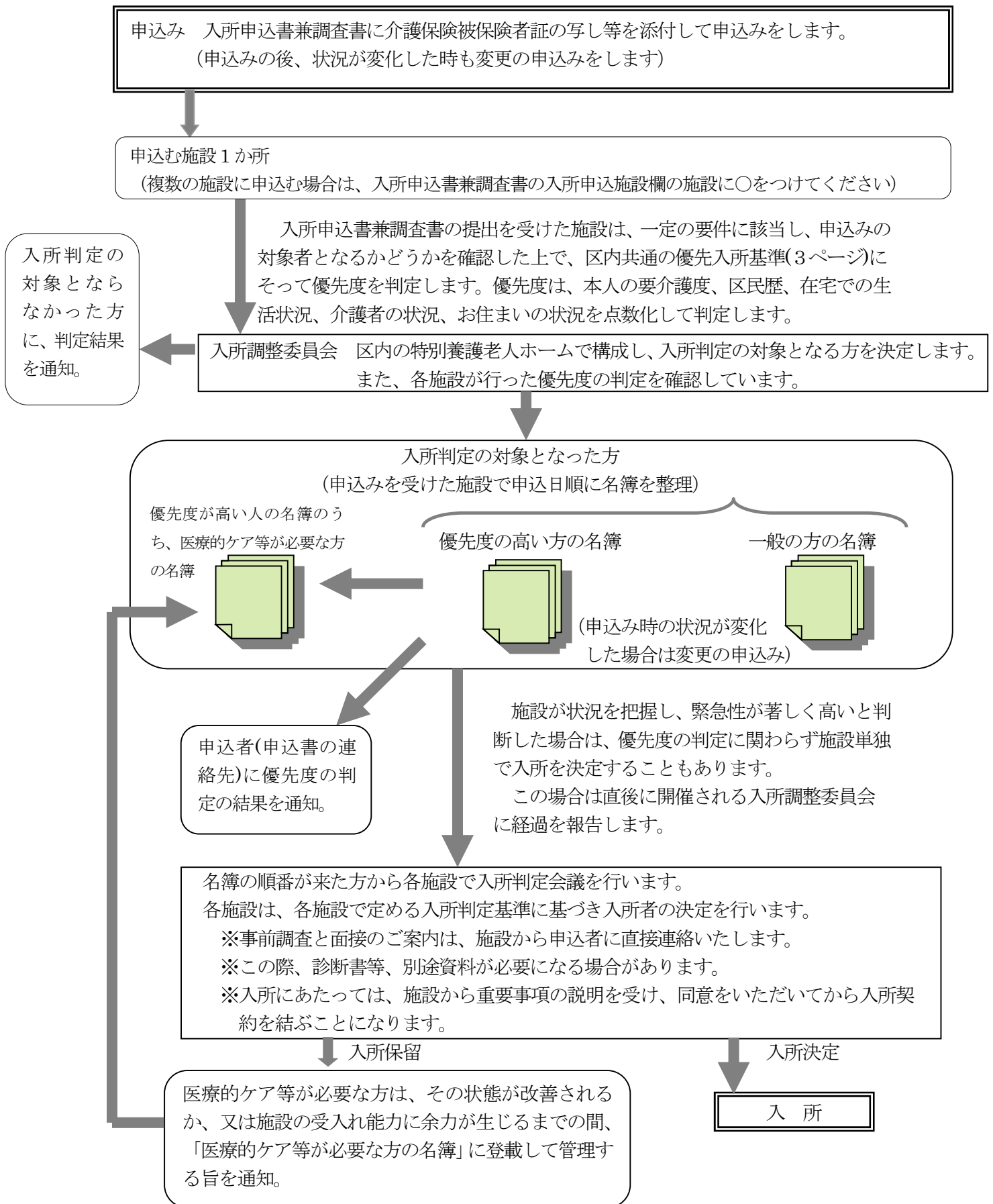
【有効期限】

- ・ この入所申込書兼調査書は、**提出した日から2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**、今回入所を申し込まれた施設のいずれかに入所申込書兼調査書を**再提出**してください。再度優先度の判定を行います。
- ・ 他の施設に入所された場合や亡くなられた場合など、**申し込みを取り消される場合は**、申し込まれた施設のいずれかにご連絡をお願いします。

※入所申込書兼調査書に施設名のない施設（葛飾区以外の施設）に入所を申し込まれる方は、その施設の所在する市区町村か、施設に直接申込方法をお問合せください。

注：要介護1又は2の方は、一定の要件に該当する方のみ申込みができます。

特別養護老人ホーム入所申込みから入所までの流れ



優先入所基準 (入所判定の対象となった方は、要介護3以上の方と同じ基準で判定します。)

基準とすべき項目		内容・配点		最高点
要介護度(a) ※いずれか一つを選択		要介護2	2点	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) ※入院又は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。		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) 〔在宅で介護を受けている方〕 主に介護をしている方についてお答えください。 〔入院又は入所されている方〕 在宅に戻られた際、主に介護をなさる方についてお答えください。 ※一番点数が高いものを選択	同居者がいない方のみ	介護者は介護サービス事業者のみである。	6点	6点
	全ての方	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) ※一番点数が高いものを選択		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	

(注1)「病気」とは、長期の入院中であるか、進行性・慢性疾患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。)

《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。

2020年8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
		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	320円		0円	300円	バルーン・人工肛門
	第2段階	420円		370円	390円	インシュリン注射
	第3段階	820円		370円	650円	経管栄養・たん吸引
	第4段階	1171円		855円	1450円	
水元ふれあいの家 (水元1-26-20) 電話3607-7881	第1段階	320円		0円	300円	バルーン
	第2段階	420円		370円	390円	人工肛門
	第3段階	820円		370円	650円	
	第4段階	1171円		855円	1520円	
水元園 (西水元4-6-1) 電話3607-4060	第1段階	320円		0円	300円	バルーン・人工肛門
	第2段階	420円		370円	390円	インシュリン注射
	第3段階	820円		370円	650円	経管栄養・たん吸引
	第4段階	1171円		855円	1450円	
奥戸くつろぎの郷 (奥戸3-25-1) 電話5670-1261	第1段階	320円		0円	300円	バルーン
	第2段階	420円		370円	390円	人工肛門
	第3段階	820円		370円	650円	経管栄養
	第4段階	1171円		855円	1520円	たん吸引
すずうらホーム (西新小岩3-37-27) 電話5670-3010	第1段階	320円		0円	300円	バルーン
	第2段階	420円		370円	390円	人工肛門
	第3段階	820円		370円	650円	胃ろう
	第4段階	1171円		855円	1392円	たん吸引
東四つ木ほほえみの里 (東四つ木2-27-1) 電話5698-2341	第1段階	320円		0円	300円	バルーン
	第2段階	420円		370円	390円	人工肛門
	第3段階	820円		370円	650円	インシュリン注射
	第4段階	1171円		855円	1548円	経管栄養
西水元あやめ園 (西水元2-2-8) 電話3826-2951	第1段階	320円		0円	300円	バルーン・人工肛門
	第2段階	420円		370円	390円	インシュリン注射
	第3段階	820円		370円	650円	経管栄養・たん吸引
	第4段階	1171円		855円	1392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	320円		0円	300円	バルーン・人工肛門
	第2段階	420円		370円	390円	在宅酸素・経管栄養
	第3段階	820円		370円	650円	たん吸引
	第4段階	1171円		855円	1392円	
葛飾やすらぎの郷 (新宿3-4-10) 電話5648-8250	第1段階	320円		0円	300円	バルーン
	第2段階	420円		370円	390円	人工肛門
	第3段階	820円		370円	650円	在宅酸素
	第4段階	1171円		855円	1392円	インシュリン注射
癒しの里 青戸 (青戸8-18-13) 電話5629-5843	第1段階	320円		0円	300円	バルーン・人工肛門
	第2段階	420円		370円	390円	在宅酸素
	第3段階	820円		370円	650円	インシュリン注射
	第4段階	1171円		855円	1600円	経管栄養・たん吸引
かつしか苑 (白鳥2-9-18) 電話6662-2220	第1段階	320円		0円	300円	バルーン・人工肛門
	第2段階	420円		370円	390円	在宅酸素・インシュリン注射
	第3段階	820円		370円	650円	人工透析・経管栄養
	第4段階	1171円		855円	1700円	たん吸引
癒しの里 亀有 (亀有2-60-5) 電話5629-5866	第1段階		820円		300円	バルーン
	第2段階		820円		390円	人工肛門
	第3段階		1310円		650円	インシュリン注射
	第4段階		2200円		1600円	たん吸引
ル・ソラリオン葛飾 (青戸4-16-7) 電話3601-3711	第1段階		820円		300円	バルーン・人工肛門
	第2段階		820円		390円	在宅酸素・インシュリン注射
	第3段階		1310円		650円	人工透析・経管栄養
	第4段階		2006円		1513円	たん吸引

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
		個室1 ※1	個室2 ※1	多床室 ※1		
エトワール (新宿6-2-13) 電話5876-1212	第1段階		820円		300円	バルーン・人工肛門
	第2段階		820円		390円	在宅酸素・インシュリン注射
	第3段階		1310円		650円	経管栄養
	第4段階		2330円		1392円	
東かなまち桜園 (東金町2-13-10) 電話5876-5281	第1段階		820円		300円	バルーン・人工肛門
	第2段階		820円		390円	在宅酸素
	第3段階		1310円		650円	インシュリン注射
	第4段階		2500円		1392円	人工透析・経管栄養
バタフライヒル細田 (細田4-20-14) 電話5612-1717	第1段階		820円		300円	バルーン・人工肛門
	第2段階		820円		390円	在宅酸素
	第3段階		1310円		650円	インシュリン注射
	第4段階		2680円		1880円	人工透析・経管栄養
かつしか苑亀有 (亀有1-6-11) 電話6662-2223	第1段階		820円		300円	バルーン
	第2段階		820円		390円	
	第3段階		1310円		650円	
	第4段階		2150円		1700円	
アンプル宝町 (宝町1-2-9) 電話5654-8880	第1段階		820円		300円	バルーン
	第2段階		820円		390円	人工透析
	第3段階		1310円		650円	経管栄養
	第4段階		2700円		1700円	
第二奥戸くつろぎの郷 (奥戸3-25-23) 電話5654-6130	第1段階		820円		300円	バルーン
	第2段階		820円		390円	
	第3段階		1310円		650円	
	第4段階		2700円		1900円	
 第二奥戸くつろぎの郷は地域密着型サービスの特別養護老人ホームです。地域密着型サービスとは、住み慣れた地域での生活を支えるためのサービスで、原則として葛飾区民となって3ヵ月以上経過した方が対象です。						
スマイルホーム西井堀 (奥戸3-24-15) 電話3692-8600	第1段階		820円		300円	バルーン
	第2段階		820円		390円	人工肛門
	第3段階		1310円		650円	在宅酸素
	第4段階		2700円		1700円	インシュリン注射
ケアホーム葛飾 (小菅1-35-10) 電話3602-5900	第1段階		820円		300円	バルーン・人工肛門
	第2段階		820円		390円	在宅酸素・インシュリン注射
	第3段階		1310円		650円	人工透析・経管栄養
	第4段階		2400円		1800円	たん吸引
癒しの里 西亀有 (西亀有3-18-6) 電話5647-7454	第1段階		820円		300円	バルーン・人工肛門
	第2段階		820円		390円	在宅酸素・インシュリン注射
	第3段階		1310円		650円	人工透析
	第4段階		2700円		1700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	320円		0円	300円	バルーン・人工肛門
	第2段階	420円		370円	390円	在宅酸素
	第3段階	820円		370円	650円	経管栄養
	第4段階	1171円		855円	1392円	たん吸引
あゆみえん (青梅市新町9-2153-3) 電話0428-30-5550	第1段階		820円		300円	バルーン・人工肛門
	第2段階		820円		390円	在宅酸素
	第3段階		1310円		650円	経管栄養
	第4段階		2400円		1620円	たん吸引

入所申込書兼調査書の記入の方法

入所申込書兼調査書は、下記の説明をお読みのうえ記入してください。

連絡者氏名・住所連絡先・電話・携帯電話

優先度の判定の結果通知及び新規施設開設の際のお知らせ等はこちらの連絡先に送付いたします。なお、連絡者の電話及び携帯電話は、確実に連絡の取れる電話番号を記入してください。

疾病等の状況

医療機関名、診断名（病名）

主治医氏名、現在通院・入院している医療機関の名称、診断名をわかる範囲で記入してください。

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うえで、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。

在宅での生活状況

※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記入してください。

要介護1～5の認定を受けてからの期間が、「引き続き1年以上」か「1年未満」かを記入してください。要支援1・2、非該当の認定を受けていた期間は含まれません。

同居者が「いない」か「いる」かを記入してください。なお、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の場合は、同居者が「いる」になります。住民票上の同居者がいても、同居者が入院・入所中である場合や同居の実態がない場合は「いない」になります。

介護者の状況

※在宅で介護を受けている方は、主に介護をしている方についてお答えください。

※入院又は入所されている方は、在宅に戻られた際、主に介護をする方についてお答えください。

介護者は介護サービス事業者のみである。

※同居者がいない方のみお答えください。

一人暮らしで、近隣に子どもなどの親族がいない場合です。

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、週平均（ ）時間勤務している。

（ ）内に、1週間の平均勤務時間をご記入ください。

お住まいの状況

※お住まいの状況に問題がない場合は、記入する必要はありません。

※現在、病院、施設等に入院・入所している方は、退院・退所後に戻るお住まいの状況を記入してください。

住居や施設から立ち退きを迫られている。

申込み日から概ね3か月以内に住所や施設から立ち退きを迫られている場合です。退院・退所、立ち退き予定日を必ずご記入ください。

※立ち退き予定日が4か月以上先や未定、特養への入所が決まり次第の場合は該当しません。

入院・入所中であるが、戻る家がない。

入院・入所中であるが、自宅を処分してしまい、退院・退所した場合に入所申込者が戻る家がない場合です。（家の賃貸借契約の更新ができない場合や、親族宅に住み票のみ置いてあり同居の実態がない場合を含みます。）

※サービス付き高齢者向け住宅や住宅型有料老人ホームは家とみなします。

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。

日頃、入所申込者が生活する部屋又は家が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です。

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。

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、又は敷地が狭いために改修ができない等の場合です。

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です。

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ご記入ください。

空欄です

空欄です

特別養護老人ホーム入所申込書兼調査書

要介護1・2の方専用

[新規申込届・変更届] ※該当する届に○をつけてください。

特別養護老人ホーム

施設長あて

連絡者氏名 _____ 入所申込者との間柄(_____) 申込日 _____ 年 _____ 月 _____ 日
 _____ 有効期限 _____ 年 _____ 月 末 日
 連絡および〒 _____ 電 話 (_____)
 送付先住所 _____ 携帯電話 (_____)

ふりがな		性別	生年月日	明・大・昭 年 月 日	施設 記入欄
入所申込者氏名		男・女	月 日		
入所申込者住所	〒 _____ 丁目 _____ 番 _____ 号 方書				(a)
介護保険被 保険者番号	_____	要介護認定 有効期間	_____ 年 _____ 月 _____ 日まで		<input type="checkbox"/>
要介護度(a)	1 ・ 2	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)	申込日で葛飾区民となつて <input type="checkbox"/> 5年以上である <input type="checkbox"/> 5年未満である				(b)
疾病等の状況	かかりつけ 医療機関名 入院先の 医療機関名	診断名(病名)			<input type="checkbox"/>
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 バルーン・人工肛門・在宅酸素・インシュリン注射・ 人工透析・経管栄養(胃ろう・経鼻)・床ずれ たん吸引・その他(_____)				
問題行動の 有 無	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 異食行動 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <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"/> 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"/> その他(_____)		施設等の名称	
入所申込施設 申し込む施設全てに ○をつけてください。 順位はつけられ ません。	中川園		ル・ソラリオン葛飾(個室のみ)		
	水元ふれあいの家		エトワール(個室のみ)		
	水元園		東かなまち桜園(個室のみ)		
	奥戸くつろぎの郷		バタフライヒル細田(個室のみ)		
	すずうらホーム		かつしか苑亀有(個室のみ)		
	東四つ木ほほえみの里		アンプル宝町(個室のみ)		
	西水元あやめ園		第二奥戸くつろぎの郷(個室のみ)※		
	西水元ナーシングホーム		スマイルホーム西井堀(個室のみ)		
	葛飾やすらぎの郷		ケアホーム葛飾(個室のみ)		
	癒しの里青戸		癒しの里西亀有(個室のみ)		
	かつしか苑		(福生市)第2サンシャインビラ		
癒しの里亀有(個室のみ)		(青梅市)あゆみえん(個室のみ)			

※葛飾区民となつてから3ヵ月以上経過した方のみお申込みいただけます。

裏面にも記入する項目があります。

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。

(c) □	在宅での生活状況(c)		<input type="checkbox"/> 同居者がいない。 <input type="checkbox"/> 同居者がいる。
			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)	(c)で、同居者がいないと答えた方にお聞きします。	<input type="checkbox"/> 介護者は介護サービス事業者のみである。
		主な介護者の氏名()間柄() 住所()	
合計 □	【在宅で介護を受けている方】主に介護をしている方についてお答えください。 【入院又は入所されている方】在宅に戻られた際、主に介護をする方についてお答えください。 あてはまる項目を全てチェック	全ての方にお聞きします。	<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()時間勤務(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。
			<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。 <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、又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。
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をご記入ください)			

・この入所申込書兼調査書の有効期限は申込日から2年後の同一月の月末までです。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兼調査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、入所申込書兼調査書を再提出してください。
 ・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を入所を申し込んである全ての施設に提供することに同意します。また、同様に国、東京都、葛飾区介護保険課、高齢者支援課、高齢者総合相談センター(地域包括支援センター)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 印

※ 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。