

# 介護老人福祉施設(特別養護老人ホーム) への申込方法について

平成27年4月1日以降の入所対象者は原則要介護3~5の方です。要介護1又は2の方であってもやむを得ない事情により指定介護老人福祉施設以外での生活が著しく困難であると認められる場合には、特例的に入所を認める場合があります。

主たる介護者	(フリガナ) 氏名	( マルマル サンカク ) OO △	性別	□男 <input checked="" type="checkbox"/> 女		
	生年月日 年齢	明・大・昭 6年1月1日 ( ○□ 歳)				
	同居の区分	☑同居 □別居 ⇒ 住所 〒_____ 電話 _____ ( ) _____				
入所申込者(本人)との関係	妻					
家族や 住居等の 状況	<p>◆下記の項目で該当するものにレ点チェックをお願いします(複数回答可)。</p> <p>□身寄りも介護者も全くいない。</p> <p>□主たる介護者が遠方または病気で長期入院中。</p> <p>☑主たる介護者が高齢者・障害者または疾病があり在宅療養中。</p> <p>□主たる介護者が就業しており、なおかつ育児中もしくは複数の被介護者がいる。</p> <p>□主たる介護者が育児中または複数の被介護者がいる。</p> <p>□主たる介護者が就業している。</p> <p>□上記のどれにもあてはまらない。</p>					
	この申請書の入所申込者(要介護3以上)に対する在宅での介護期間又は年数 年 月 ~ 年 月 ( ) 年間					
	<p>◆介護をしている上で特に困っていることがあればご記入ください。</p> <p>□この申請書の入所申込者に対する在宅での介護期間のエピソード等 妻は高齢のため、自分の生活だけでも手が一杯である。生活は自立できているものの、糖尿病を患っていて、自分の通院と夫の介護を両立することは難しい。留守の間はヘルパーをお願いしているが、夜間などの夫の認知症への対応に疲れきっている。</p>					
	主たる介護者の住宅状況 (同居の場合)	今の住まいは ⇒ ☑自宅 □自宅以外 自宅以外にお住まいの方は戻る自宅が ⇒ □ある □ない その他 ⇒ □立ち退きを迫られている ☑家屋の老朽化が著しい				
	介護をする上で住宅の問題点	<p>☑エレベーターのない集合住宅の2階以上に住んでいる</p> <p>□入所申込者(本人)の部屋がない</p> <p>□入所申込者(本人)の部屋とは別の階にトイレや風呂がある</p> <p>◆上記以外の問題点があればご記入ください。 〔 アパートの2階に住んでいるが、通院時に1階におろすのに手間かかる 〕</p>				
他施設の申込状況	<p>□当該施設のみ申込みしている。</p> <p>□他の市内の介護福祉施設に申込みしている。 ⇒ ☑吉祥寺ナーシングホーム □ケアコート武蔵野 ☑めぐみ園 □尚和緑寿 □小松原園 □新清快園</p> <p>◆上記以外の施設があればご記入ください。</p> <p>〔 〕</p>					
申込理由 特記すべき事項	<p>子ども達も子育てや日中仕事をしており、介護に協力することが難しい。 また、本人が子どもたちからの介護を拒否している。 同居の妻も体がすぐれないため、在宅での介護は厳しい状況だ。このままでは、共倒れとなってしまうため、施設に申込みました。</p>					

担当 ケアマネジャー	事業所名	むさしの〇〇〇 居宅介護支援事業所		
	氏名	□□ △△子	連絡先	電話0422(51)5131

情報提供に関する 入所申込者( ) の同意確認	私は、入所申込施設が、①武蔵野市から私の介護認定情報の提供を受けること、②この申込書に記載した内容を武蔵野市や担当する介護支援専門員へ情報提供すること、③申込書に記載した内容を介護支援専門員から情報を受け取ることに同意します。
入所申込者ご本人のお名前を ご記入ください(印字不可)。	月 2 日 氏名 OO △

※要介護1又は2について、別紙様式4を添付してください。

この13施設は、「武蔵野市介護老人福祉施設入所指針」が適用されます。

施設名	住所	電話番号	施設種類
吉祥寺ナーシングホーム	〒180-0001 武蔵野市吉祥寺北町2-9-2	0422-20-0869	多床室・従来型個室
ゆとりえ	〒180-0003 武蔵野市吉祥寺南町4-25-5	0422-72-0311	多床室・従来型個室
武蔵野館	〒180-0014 武蔵野市関前2-16-5	0422-36-7700	多床室・従来型個室
親の家	〒180-0011 武蔵野市八幡町3-4-18	0422-55-0507	多床室・従来型個室
ケアコート武蔵野	〒180-0023 武蔵野市境南町5-10-7	0422-39-0390	ユニット型個室
さくらえん	〒180-0021 武蔵野市桜堤2-8-31	0422-51-5550	ユニット型個室
とらいふ武蔵野	〒180-0014 武蔵野市関前1-2-20	0422-38-5221	ユニット型個室
めぐみ園	〒202-0022 西東京市柳沢4-1-3	042-461-2230	従来型個室
尚和緑寿	〒202-0023 西東京市新町1-11-25	042-452-9588	ユニット型個室
まりも園	〒187-0021 小平市上水南町4-7-45	042-321-9395	多床室
こもれびの郷	〒197-0825 あきる野市雨間385-2	042-550-3030	多床室
小松原園	〒193-0802 八王子市大字平井688-2	042-654-8331	多床室・従来型個室
新清快園	〒190-0182 西多摩郡日の出町大字平井1417-1	042-588-8870	従来型個室・ユニット型個室

※ 令和7年10月1日現在  
※ 施設の種類について(設備等は施設ごとに異なります)  
多床室・・・・・ 2~4人部屋等の個室以外の居室  
従来型個室・・・・・ 従来型の特別養護老人ホームに設けられている個室  
ユニット型個室・・・ 施設の居室をいくつかのグループに分けて、各グループを1つの生活単位とする

入所指針に基づく入所申込・入所決定となります。

詳しくは裏面をご覗ください。

※介護認定の更新申請や区分変更を行った場合は、入所申込変更届を施設へご提出してください。  
※入所決定は施設で定められた入所基準に基づき、決定されます。決定方法は施設に問い合わせください。  
※武蔵野市外の方が上記の施設に申込む場合は、入所指針が適用されません。詳しくは各施設に問い合わせください。

## ◎必要な書類をご用意の上、施設に直接お申込みください。

- 介護保険制度では、利用者とサービス事業者の契約が原則ですので、下記の書類を用意の上、施設に直接お申込みください。
- 入所申込書兼調査票はコピーでも提出可能です。複数の施設に申込こまれる場合、入所申込書兼調査票に宛先、同意欄以外の必要事項を記入後コピーしていただき、コピーしたものに宛先を記入、同意欄に署名し、各施設にお申込みください。

## &lt;申込みに必要な書類&gt;

各書類	在宅の方	病院や施設に入院・入所中の方
入所申込書兼調査票 <sup>※1</sup>	○	○
居宅サービス利用票と別表の写し <sup>※2</sup> (直近3カ月分)	○	×

※1 所定の様式に、記入例を参考に必要事項をご記入ください。できるだけ、詳しく記入をお願いします。配点の際、その内容も考慮されます。

※2 申込月から直近の3カ月分をご用意ください(例: 4/15が申込日→2~4カ月分を用意)。手元にない場合は、担当のケアマネジャーに依頼しお取り寄せください。

※3 施設に入所(入居)中で、居宅サービスを利用している場合には必要になることがあります。申込みされた施設に、ご相談ください。

## &lt;注意&gt;

◎ 申込書内にある認定情報取得に関する同意の欄にご記入ください。施設が市に「認定情報一次判定結果の写し」の提供依頼をします。ご自分で取り寄せる必要はありません。

◎ 上記以外の書類も必要になる場合があります。施設に問い合わせください。

◎ 申込書の内容に変更があった場合には、すみやかに入所申込変更届を施設に提出してください。居宅サービスの利用率に変更があった場合には、最新の利用票と別表の写しをご提出ください。

◎ 他の施設に入所が決まったなど、入所申込みを取り下げる場合には、申込みをした施設に連絡し、取下げ届をご提出ください。

## できるだけ、正確に、公平に評価を行うために…

各施設では、入所決定の過程において、申込者の方の現状をしっかりと把握した上で、できるかぎり正確・公平に評価を行いたいと考えています。しかし、身体の状態が悪くなったり、要介護度が変わったなど、状況が変わったことを施設に連絡しないと、正確に評価されず、選考に漏れることがあります。

また、医療行為を必要とされる方は、受け入れの可否を入所希望の施設に問い合わせください。

問い合わせは、武蔵野市高齢者支援課(0422-60-1925)または入所指針適用施設へ。

申込日・届出日	(和暦)〇〇年4月2日		申込区分	<input checked="" type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> その他[ ]								
受付日	年月日	担当者名	受付番号									
○○○○ 施設長 殿												
この欄は記入しない												
申請者(連絡先)												
住所	〒180-0012 武蔵野市○町2-2-28											
(フリガナ) 氏名	( マルマル シカクロウ ) OO □郎	続柄	子(長男)	連絡先 自宅 <input checked="" type="checkbox"/> 0422-60-1846 携帯 0×0-XXXX-XXXX								
介護老人福祉施設(特別養護老人ホーム)に入所したいので、入所申込書兼調査票を提出します。												
入所申込者(本人)の基本情報	(フリガナ) 氏名	( マルマル サンカク ) OO △	性別	<input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女								
	現住所	〒180-8777 東京都武蔵野市○町2-2-28										
	生年月日	明・大・昭 5年1月1日(○△歳)										
	障害手帳等	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有⇒手帳の種類 _____ (障害名) (判定) 級(度)										
	介護保険被保険者番号	0 0 0 0 9 9 9 9 9										
	要介護認定 と認定期間	要介護3・4・5 ※(要介護1・2)	(認定期間) (和暦)〇年1月1日~(和暦)〇年12月31日									
入所申込者(本人)の状況	現在利用している施設 サービス等	<input type="checkbox"/> 自宅で暮らしている。 <input checked="" type="checkbox"/> 施設・医療機関等に入所・入院している。(下記欄も記入) <table border="1"> <tr> <td>施設(病院)名 介護老人保健施設 ○○園</td> <td>入所(院)日 (和暦)□年3月3日~</td> </tr> </table>			施設(病院)名 介護老人保健施設 ○○園	入所(院)日 (和暦)□年3月3日~						
	施設(病院)名 介護老人保健施設 ○○園	入所(院)日 (和暦)□年3月3日~										
	認知症・精神 の状況	◆下記の項目で、いずれか一つ該当するものにレ点チェックをお願いします。 <input type="checkbox"/> 何らかの認知症を有するが、日常生活はほぼ自立している。 <input type="checkbox"/> 日常生活に支障があるような症状がみられるが、誰かが注意していれば自立できる。 <input checked="" type="checkbox"/> 日常生活に支障があるような症状が見られ、介護を必要とする。 <input type="checkbox"/> 日常生活に支障があるような症状が頻繁に見られ、常に介護を必要とする。 <input type="checkbox"/> 著しい精神症状や周辺症状が見られ、専門治療を必要とする。 ◆その他、記載すべき特記事項があればご記入ください。 <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; background-color: #f0f0f0;">物盗られ妄想が激しく、介護者に対して攻撃的になる。抵抗有。また、麻痺があり歩行には支えが必要なのに、勝手に歩こうとしてしまう。転倒の危険性があり、家族は目が離せない。</div>										
医療的処置	<input type="checkbox"/> 尿管カテーテル <input type="checkbox"/> ストマ(人工肛門) <input type="checkbox"/> 経管栄養(経鼻・経腸・胃瘻・食道瘻) <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input checked="" type="checkbox"/> インシュリン注射 ◆その他( ) <table border="1"> <tr> <td>病名 脳梗塞後遺症</td> <td>入院・通院履歴 A病院</td> <td>期間 (和暦)〇年△月~</td> </tr> <tr> <td>糖尿病</td> <td>B病院</td> <td>(和暦)〇年〇月~</td> </tr> <tr> <td>アルツハイマー型認知症</td> <td>A病院</td> <td>(和暦)〇年□月~</td> </tr> </table>			病名 脳梗塞後遺症	入院・通院履歴 A病院	期間 (和暦)〇年△月~	糖尿病	B病院	(和暦)〇年〇月~	アルツハイマー型認知症	A病院	(和暦)〇年□月~
病名 脳梗塞後遺症	入院・通院履歴 A病院	期間 (和暦)〇年△月~										
糖尿病	B病院	(和暦)〇年〇月~										
アルツハイマー型認知症	A病院	(和暦)〇年□月~										