

特別養護老人ホーム 一つ森 入所申込書

申込日 令和 年 月 日

社会福祉法人 愛染会
理事長 白 岩 和 弘 様

特別養護老人ホーム 一つ森に入所したいので、次のように申し込みいたします。

入 所 希 望 者	ふりがな		男 ・ 女	生年月日					
	氏名			明・大・昭	年	月	日	(歳)
	住所	〒			-			(TEL)
					(FAX)			
介 護 保 険 の 情 報	被保険者番号							要介護度	1 2 3 4 5
	保険者番号							保険者名	
	要介護認定年月日	平成	年	月	日	令和		認定の有効期間	平・令 年 月 日～ 平・令 年 月 日

※初回要介護度認定年月日以外は、入所希望者の介護保険証から転記願います。

※介護保険証のコピーを添付してください。

申 込 者	住所	〒			-			(TEL)
							(FAX)	
	ふりがな				入所希望者 との続柄				
氏名									

申 込 状 況	<input type="checkbox"/> 当該施設のみ申し込む。 <input type="checkbox"/> 他の施設も申し込んでいる。又は申し込む予定。								
	既に申し込んだ施設名	()	()	()	()
	申し込み予定施設名	()	()	()	()
		()	()	()	()

居宅介護支援事業所名		介護支援専門員	
------------	--	---------	--

説 明 確 認 欄	私は、入所申込に際し、入所順位の決定方法及び状況の変化に伴う届出について、施設から説明を受けました。 また、今後の市町村介護保険事業計画策定等のため、情報提供を求められた場合には、その使用について同意します。 令和 年 月 日 入所希望者 _____ (印) 申 込 者 _____ (印)
-----------------------	--

【施設記入欄】

受付年月日 令和 年 月 日 受付職員氏名 _____

【特記事項】

特別養護老人ホーム 一つ森 入所申込調査票

入所申込者氏名：	被保険者番号：
----------	---------

調査年月日	令和 年 月 日	調査者氏名	
現在の居所	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 特養 <input type="checkbox"/> 老健 <input type="checkbox"/> 療養型 <input type="checkbox"/> グループホーム <input type="checkbox"/> その他() (病院・施設名：) ※自宅の場合は無記入		
医療保険等	種 別	年金等	種 別 *負担割合 割
障害手帳等	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(手帳の種類： 障害名：)		
	判定 種 級、その他		

○身体状況 *負担割合は必ず御記入下さい。

体 格	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 小柄 <input type="checkbox"/> 大柄 【身長】 cm 【体重】 kg		
視 力	【右眼】普通・見えにくい・全盲 【左眼】普通・見えにくい・全盲 【メガネ使用】有・無・あるが使用していない(理由：) 【白内障】無・左・右 【白内障手術歴】無・左・右(医療機関：)		
聴 力	【右耳】普通・難聴・耳元大きい声で・聞こえない 【左耳】普通・難聴・耳元大きい声で・聞こえない	【補聴器使用】有・無 備考：	
言 語	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 聞取困難 <input type="checkbox"/> 聞取不可能 <input type="checkbox"/> 話せない <input type="checkbox"/> もぐもぐ感 <input type="checkbox"/> 構音障害 <input type="checkbox"/> 失語症		
麻痺障害	<input type="checkbox"/> 有 【左半身】上肢・下肢 【右半身】上肢・下肢 <input type="checkbox"/> 無		
痛 み	<input type="checkbox"/> 有(部位：) <input type="checkbox"/> 無	しびれ感	<input type="checkbox"/> 有(部位：) <input type="checkbox"/> 無

○日常生活

寝 返 り	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 何かに掴まれば可能 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		
起 上	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 何かに掴まれば可能 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		
起 立	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 何かに掴まれば可能 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		
移 乗	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 何かに掴まれば可能 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		
座位保持	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 背もたれ1時間以上可 <input type="checkbox"/> 背もたれ1時間未満 <input type="checkbox"/> できない		
移 動	<input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 杖歩行 <input type="checkbox"/> 介助歩行 <input type="checkbox"/> シルバーカー <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 手すり歩行 <input type="checkbox"/> 歩けない		
	安定性：安定・不安定	備考：	
車 椅子	<input type="checkbox"/> 自操可 <input type="checkbox"/> 自操可だが乗り移り介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 使用していない (スタンダート・リクライニング)		
	備考：		
排 泄	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助() <input type="checkbox"/> 全介助		
	【排尿】尿意(有・たまに有・無) 尿失禁(有・たまに有・無)		
	【排便】便意(有・たまに有・無) 便失禁(有・たまに有・無)		
	【使用器具】日中(トイレ・ポータブルトイレ・尿器・カテーテル・その他()) 夜間(トイレ・ポータブルトイレ・尿器・カテーテル・その他())		
	【便秘症】有(対策：下剤・坐薬・浣腸・摘便・無)・無 【ズボンの上げ下げ】可・不可 【拭く】可・不可 【頻尿】有・無 【おむつ】日中・夜間 【リハビリパンツ】日中・夜間 【パッド】日中・夜間 【おむついじり】有・無		
備考：			
入 浴	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		
	【入浴形態】 <input type="checkbox"/> 一般浴 <input type="checkbox"/> 特浴 <input type="checkbox"/> 浴槽 <input type="checkbox"/> シャワー浴 <input type="checkbox"/> 清拭		
	備考：		

○同居家族がない場合や同居家族以外の連絡先 ※連絡先は連絡が付きやすい番号を記入してください

氏名	年齢	続柄	就労状況	緊急時の連絡先・連絡順位
				TEL : 番目に連絡
				TEL : 番目に連絡
				TEL : 番目に連絡

○主たる介護者の状況

氏名	男・女	明・大・昭 年 月 日生	歳	続柄
居住関係	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居（住所：_____） 入所希望者宅までの所要時間（約 _____ 時間 _____ 分） 入所希望者宅までの主な交通手段（_____）			
就労状況	<input type="checkbox"/> 就労していない <input type="checkbox"/> 就労している（週 _____ 日、週 _____ 時間度）			
健康状態	<input type="checkbox"/> 健康 <input type="checkbox"/> 病弱・要入院加療（_____ か月程度・病名 _____） <input type="checkbox"/> 入院していないが継続的な治療を要する・病名（_____） <input type="checkbox"/> 慢性疾患等で定期的に通院中・病名（_____）			
身体状況	障害有（_____ 級・障害の種類：_____） <input type="checkbox"/> 無			
要介護度	<input type="checkbox"/> 有（要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5） <input type="checkbox"/> 無			
他に対応を要する家族の有無	<input type="checkbox"/> 他に対応を要する家族はいない <input type="checkbox"/> 育児の必要な家族がいる（子供の年齢 _____ 歳） <input type="checkbox"/> 3か月以上看病（付添）の必要な家族がいる（自宅療養・入院中） <input type="checkbox"/> 入所希望者以外に介護の必要な家族がいる 要介護度（要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5） <input type="checkbox"/> 介護の必要な障害を有する家族がいる （ _____ 種 _____ 級・障害の種類：_____）			
介護協力者の有無	<input type="checkbox"/> 協力してくれる人はいない <input type="checkbox"/> 親族以外の協力者（近隣者など）がいる <input type="checkbox"/> 同居以外の親族に協力者がいる <input type="checkbox"/> 同居親族に協力者がいる			

【介護をしていて困っていること、その他特記すべき事項をお書きください】

施設使用欄

--

介護支援専門員意見書

氏名:	被保険者番号:
-----	---------

1. 本人の状況

要介護度	5	4	3	2	1
認知症による不適応行動	非常に多い	やや多い	少しあり	なし	

2. 在宅サービス利用度

在宅サービス利用度額割合	60%以上	50%以上	30%以上	30%未満
--------------	-------	-------	-------	-------

※右の内容が含まれる場合は○をつける 施設利用者 特別理由

3. 主たる介護者・家族等の状況

	独居	高齢者世帯	その他	
①世帯の状況				
②介護者の性別・年齢・続柄	男 <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/>	____ 歳	続柄 _____	
③介護者の介護負担	重い	やや重い	軽い	負担なし
④介護者が障害や疾病	介護困難	多少介護	介護可能	なし
⑤介護者の就労	8時間以上 就労不能	4～8時間	4時間未満	なし
⑥他の要介護者	男 <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/>	(要支援・要介護 _____)		
⑦介護者が育児、家族が病気	常時の育児看病	半日育児看病	随時育児看病	なし
⑧介護者の介護の関わり方	介護拒否	非常に消極的	やや消極的	普通
⑨他の同居介護補助者	ほとんどなし	随時あり	常時あり	(続柄 _____)
⑩別居血縁者介護協力	ほとんどなし	随時あり	常時あり	(続柄 _____)
⑪近隣者等の介護協力	ほとんどなし	随時あり	常時あり	

4. 特記事項及び意見

①医療的処置(膀胱カテーテル、経管栄養、酸素療法等) ②住居環境 ③入所待機期間 ④長期入院等に退院後の再入所 ⑤その他	点数 <input style="width: 50px;" type="text"/> 10点満点
理由	

5. 備考記入欄	意見書作成年月日
	令和 ____ 年 ____ 月 ____ 日
	意見書作成者所属
	意見書作成者
	(印)

料 金 表 (介護福祉施設サービス費)
施設サービスを利用した場合の負担額は以下の通りとなります。

○要介護度に応じた基本料金と居住費・食費の合計金額をお支払いいただきます。

○ご本人のお小遣い、医療費が必要です。趣味活動・教養娯楽・理美容代などは自己負担になりますのでご了承ください。

*原則的には要介護3以上の方が入所の対象となります。

	介護度	基本単価	日常生活継続支援加算	看護体制加算 I II	夜間職員配置加算 IIイ	栄養マネジメント加算	食費	居住費	月額合計 (30日)
第1段階	要介護1	¥638	¥46	¥19	¥27	¥14	¥300	¥820	¥55,920
	要介護2	¥705							¥57,930
	要介護3	¥778							¥60,120
	要介護4	¥846							¥62,160
	要介護5	¥913							¥64,170
第2段階	要介護1	¥638	¥46	¥19	¥27	¥14	¥390	¥820	¥58,620
	要介護2	¥705							¥60,630
	要介護3	¥778							¥62,820
	要介護4	¥846							¥64,860
	要介護5	¥913							¥66,870
第3段階	要介護1	¥638	¥46	¥19	¥27	¥14	¥650	¥1,310	¥81,120
	要介護2	¥705							¥83,130
	要介護3	¥778							¥85,320
	要介護4	¥846							¥87,360
	要介護5	¥913							¥89,370
第4段階	1割	要介護1	¥638	¥46	¥19	¥27	¥14	¥2,006	¥128,400
		要介護2	¥705						¥130,410
		要介護3	¥778						¥132,600
		要介護4	¥846						¥134,640
		要介護5	¥913						¥136,650
	2割	要介護1	¥1,276	¥92	¥38	¥54	¥28	¥2,006	¥150,720
		要介護2	¥1,410						¥154,740
		要介護3	¥1,556						¥159,120
		要介護4	¥1,692						¥163,200
		要介護5	¥1,826						¥167,220
	3割	要介護1	¥1,914	¥138	¥57	¥81	¥42	¥2,006	¥173,040
		要介護2	¥2,115						¥179,070
		要介護3	¥2,334						¥185,640
		要介護4	¥2,538						¥191,760
		要介護5	¥2,739						¥197,790
介護職員処遇改善加算		基本単価+加算にサービス別加算率(8.3%)を乗じた金額が加わります。							
介護職員等特定処遇改善加算		基本単価+加算にサービス別加算率(2.7%)を乗じた金額が加わります。							
口腔衛生管理体制加算		30円(※2割負担:60円、3割負担:90円)							

○加算料金(利用者の状態等に応じて算定される加算)

加算項目	金額			概要
	1割	2割	3割	
初期加算	30円	60円	90円	入所してから30日間に限り加算
療養食加算	6円/回	12円/回	18円/回	療養食の提供を行った場合(1日3回)
口腔衛生管理体制加算	30円/月	60円/月	90円×月	歯科医師の指示を受けている歯科衛生士が、介護職員へ毎月1回以上口腔ケアに関わる技術的助言および指導をしている。
経口維持加算 I	400円/月	800円/月	1,200円/月	誤嚥が認められる入所者に対し、計画を作成等
経口維持加算 II	100円/月	200円/月	300円/月	上記に加え、医師等が食事の観察、会議に加わった場合
経口移行加算(180日まで)	28円/月	56円/月	84円/月	経管栄養で食事摂取している入所者へ経口移行計画を作成し、各職種による支援
低栄養リスク改善加算(6月以内)	300円/月	600円/月	900円/月	低栄養リスクが「高」とされ、管理栄養士等が食事の観察を週5回以上行い、栄養状態、嗜好等を踏まえた食事・栄養調整を行う場合
褥瘡マネジメント加算	10円/月	20円/月	30円/月	褥瘡が発生するリスクがあり、ケア計画に基づき褥瘡の管理をした場合
生活機能向上連携加算	200円/月	400円/月	600円/月	リハビリテーション専門職と連携して機能訓練マネジメントを行った場合
外泊費用(6日を限度)	246円/日	492円/日	738円/日	1か月に6日を限度に基本料金に変えて費用がかかります。
看取り介護加算(I)	1,280円/日	2,560円/日	3,840円/日	死亡日
	680円/日	1,360円/日	2,040円/日	死亡日前日及び前々日
	144円/日	288円/日	432円/日	死亡日以前4~30日

医師、看護師、介護職員等が協働して、入所者又はその家族への説明を行い、同意を得て看取りのケアを行った場合

料 金 表 《介護予防短期入所生活介護費・短期入所生活介護費》

利用した場合の負担額は以下の通りとなります。

(令和元年10月1日現在)

○要介護度に応じた基本料金と居住費・食費の合計金額をお支払いいただきます。

○ご本人のお小遣い、医療費が必要です。趣味活動・教養娯楽・理美容代などは自己負担になりますのでご了承ください。

	介護度	基本単価	看護体制加算 Ⅲイ、Ⅳイ	サービス提供体制 強化加算Ⅰイ	夜勤配置加算 Ⅱ	食費	滞在費	月額合計 (30日)	
第1段階	要支援1	¥514	/		/			¥1,652(日額)	
	要支援2	¥638						¥1,776(日額)	
	要介護1	¥684	¥35	¥18	¥18	¥300	¥820	¥56,250	
	要介護2	¥751						¥58,260	
	要介護3	¥824						¥60,450	
	要介護4	¥892						¥62,490	
	要介護5	¥959						¥64,500	
第2段階	要支援1	¥514	/		/			¥1,742(日額)	
	要支援2	¥638						¥1,866(日額)	
	要介護1	¥684	¥35	¥18	¥18	¥390	¥820	¥58,950	
	要介護2	¥751						¥60,960	
	要介護3	¥824						¥63,150	
	要介護4	¥892						¥65,190	
	要介護5	¥959						¥67,200	
第3段階	要支援1	¥514	/		/			¥2,492(日額)	
	要支援2	¥638						¥2,616(日額)	
	要介護1	¥684	¥35	¥18	¥18	¥650	¥1,310	¥81,450	
	要介護2	¥751						¥83,460	
	要介護3	¥824						¥85,650	
	要介護4	¥892						¥87,690	
	要介護5	¥959						¥89,700	
第4段階	1割	要支援1	¥514	/		/			¥4,068(日額)
		要支援2	¥638						¥4,192(日額)
		要介護1	¥684	¥35	¥18	¥18	¥1,530 【内訳】 朝食 ¥360 昼食 ¥560 夕食 ¥610	¥2,006	¥128,730
		要介護2	¥751						¥130,740
		要介護3	¥824						¥132,930
		要介護4	¥892						¥134,970
		要介護5	¥959						¥136,980
	2割	要支援1	¥1,028	/		/			¥4,600(日額)
		要支援2	¥1,276						¥4,848(日額)
		要介護1	¥1,368	¥70	¥36	¥36	¥1,530 【内訳】 朝食 ¥360 昼食 ¥560 夕食 ¥610	¥2,006	¥151,380
		要介護2	¥1,502						¥155,400
		要介護3	¥1,648						¥159,780
		要介護4	¥1,784						¥163,860
	要介護5	¥1,918	¥167,880						
	3割	要支援1	¥1,542	/		/			¥5,132(日額)
要支援2		¥1,914	¥5,504(日額)						
要介護1		¥2,052	¥105	¥54	¥54	¥1,530 【内訳】 朝食 ¥360 昼食 ¥560 夕食 ¥610	¥2,006	¥174,030	
要介護2		¥2,253						¥180,060	
要介護3		¥2,472						¥186,630	
要介護4		¥2,676						¥192,750	
要介護5	¥2,877	¥198,780							

介護職員処遇改善加算 基本単価＋加算にサービス別加算率(8.3%)を乗じた金額が加わります。

介護職員等特定処遇改善加算 基本単価＋加算にサービス別加算率(2.7%)を乗じた金額が加わります。

※要支援1、2の料金につきましては日額での表示となります。

○加算料金(利用者の状態に応じて算定される加算)

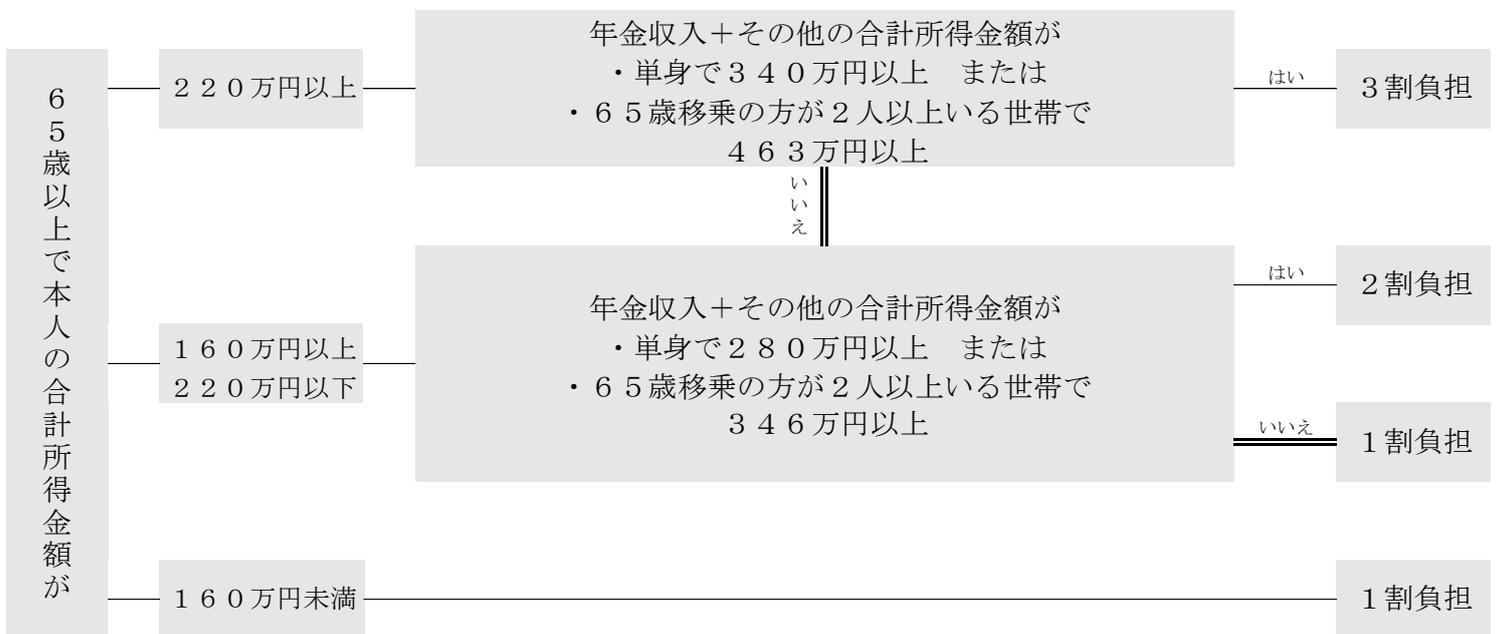
加算項目	金額			
	1割	2割	3割	
療養食加算	8円/回	16円/回	24円/回	療養食の提供を行った場合(1日3回限定)
送迎(片道)	184円	368円	552円	居宅との間の送迎を行った場合
医療連携強化加算	58円/日	116円/日	174円/日	利用者の状態に応じ、急変の予測や早期発見等のため、定期的な巡視を行う場合
生活機能向上連携加算	200円/月	400円/月	600円/月	リハビリテーション専門職と連携して機能訓練マネジメントを行った場合

《『国が定める利用者負担限度額段階（第1～3段階）』に該当する利用者等の負担額》

- 利用者負担は、所得などの状況から第1～第4段階に分けられ、国が定める第1～第3段階の利用者には負担軽減策が設けられています。
- 利用者が「利用者負担」のどの段階に該当するかは市町村が決定します。第1～第3段階の認定を受けるには、利用者ご本人（あるいは代理人の方）がご本人の住所地の市町村に申請をし、市町村より「介護保険「介護保険負担限度額認定証」を受ける必要があります。この利用者負担段階について施設が判断・決定することはできません。また、認定証の提示がないと、いったん「第4段階」の利用料をお支払いいただくこととなります（認定証発効後、過払いが「償還払い」される場合があります。）。
- 利用者負担第1～3段階に該当する利用者とは、おおまかには、介護保険料段階の第1～3段階にある次のような方です。

負担段階	対象者	負担限度額（月額）		
		部屋代（ユニット型個室）	食費	
第1段階	<ul style="list-style-type: none"> ・世帯全員（世帯を分離している配偶者を含む。）が市区町村民税を課税されていない方で高齢福祉年金を受給されている方 ・生活保護を受給されている方 	かつ、 預貯金等が単身で1,000万円 (夫婦で2,000万円)以下	820円	300円
第2段階	世帯全員（世帯を分離している配偶者を含む。）が市区町村民税を課税されていない方で課税年収額と非課税収入額の合計が年間80万円以下の方		820円	390円
第3段階	世帯全員（世帯を分離している配偶者を含む。）が市区町村民税を課税されていないからで上記第2段階以外の方		1,310円	650円
第4段階	上記以外の方	負担限度額なし		

《利用者負担割合について》



市民税非課税の方、40歳から64歳の方（第2号被保険者）は、1割負担です。

*その他、詳細については市町村窓口までおたずね下さい。