

入所の申し込みについて

社会福祉法人 かつみ会
特別養護老人ホーム エンゼルの丘

社会福祉法人 かつみ会では、平成 22 年 4 月に「特別養護老人ホーム」の開設いたしました。この「特別養護老人ホーム」は、ユニット型個室 40 床、従来型多床、4 人部屋 6 室、3 人部屋 2 室の施設です。

申し込み方法は、次のようになりますので、入所申込書にご記入の上、添付書類とともにご提出いただきますようお願いいたします。

<ご提出いただく書類>ご提出は郵送、ご持参どちらでも構いません。

- ① 特別養護老人ホーム入所申込書（その 1・その 2・その 3）
- ② 介護保険被保険者証の写し
- ③ 直近 3 ヶ月のサービス利用票の写し（3 ヶ月以上、介護サービス未利用の方や、施設や病院にいる方に関しては、サービス提供票はありませんので提出の必要はありません。その他の在宅サービスをご利用の方は、担当の居宅介護支援専門員にご相談下さい。）※介護保険施設に入所している方は当該施設に入所される前のサービス利用票の写しを提出下さい。
- ④ 認定調査票の写し（市町村役場の介護保険関係を取り扱う窓口にて、情報提供申請書を提出してお取り寄せ下さい。その際、介護保険被保険者証の被保険者番号が必要となります。

【お申し込み取り下げについて】

入所申し込みを取り下げる場合、別紙の特別養護老人ホーム入所申込取り下げ書にて、当施設までお知らせ下さい。施設に直接提出または郵送・FAX や電話等をしていただいても結構です。

<入所者の決定について>

入所者は、申し込みをされた方について、埼玉県特別養護老人ホーム優先入所指針に基づき入所検討委員会にて優先順位を決定し、順位が上位の方から状況等の調査を行い決定させていただきます。

なお、入所検討委員会の結果については、申込者に対し通知させていただきます。

ご不明な点などがございましたら、下記までお問い合わせ下さい。

特別養護老人ホーム エンゼルの丘

〒369-0215 埼玉県深谷市今泉 6 2 5

電話 048-546-1207

FAX 048-546-1208

特別養護老人ホーム入所申込書（その1）

特別養護老人ホーム エンゼルの丘
施設長様

申込日	平成 年 月 日
受付日	平成 年 月 日

【申込者】

住所	〒
ふりがな 氏名	本人との関係 ()
電話番号	()

特別養護老人ホームエンゼルの丘に入所を希望しますので、次のとおり申し込みます。

本人の状況	ふりがな 氏名		性別	介護保険者							
			男 女	被保険者番号							
	生年月日	明・大・昭 年 月 日 (歳)	要介護度		1・2・3・4・5						
	住所	〒	介護認定期間		平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで						
	※ 該当する 項目に記入 ○で囲い込みを必要事項に記入をお願いします。										
	障害高齢者の日常生活自立度 (ねたきり度)		自立・J1・J2・A1・A2・B1・B2・C1・C2								
	認知症高齢者の日常生活自立度		自立・I・IIa・IIb・IIIa・IIIb・IV・M								
	障害者手帳の有・無	身・療・精 級 種	年金の種類/ 国民年金・厚生年金・その他 () 支給額 万円/月								
	現在利用している 在宅サービスの状 況を選び、() に具体的利用を記 入して下さい。	1 訪問介護 ()	2 訪問入浴介護 ()	3 訪問看護 ()	4 訪問リハビリテーション ()	5 通所介護 ()	6 通所リハビリテーション ()	7 短期入所生活介護 ()	8 短期入所療養介護 ()	9 福祉用具貸与・購入費の支給 ()	10 その他 ()
	入所を希望する理由に ついて該当するものす べて○で選んで下さ い。また、()に 具体的理由を記入して 下さい。	1 介護者がいないため。 2 介護者はいるが、高齢等のため十分な介護が困難なため。 3 介護者はいるが、障害や疾病の状況であり十分な介護が困難なため 4 介護者はいるが、就業しているため十分な介護が困難なため。 5 介護者はいるが、育児または家族が病気であり十分な介護が困難なため。 6 介護保険施設等に入所しているが替わりたい。 7 その他 []									

特別養護老人ホーム入所申込書（その2）

本 人 の 状 況	施設及び病院に 入所、入院の場 合		施設名または病院名			
			所 在 地			
			入居または入院期間	年 月 日から		
医療的処置 (該当するものをす べて選んで下さい。)		1 経管栄養 2 中心静脈栄養 3 インシュリン注射 4 褥瘡(床ずれ) 5 在宅酸素 6 バルーンカテーテル 7 人工肛門 8 人工膀胱 9 その他 その他にありましたら詳細にご記入下さい。()				
現在治療中の病気		病 名		医療機関		
		病 名		医療機関		
		病 名		医療機関		
既往歴		病 名		発症年月日	年 月 頃	
		病 名		発症年月日	年 月 頃	
		病 名		発症年月日	年 月 頃	
生 活 歴	出身地			趣味・特技		
	職 歴			性 格		
	1日の過 ごし方					
身 体 の 状 況	歩 行	1 自立 2 補助具により可(杖・歩行器) 3 歩行介助 4 車椅子使用 5 歩行不可				
	食 事	1 自立 2 見守り 3 一部介助 4 全介助				
		主食	a 普通	b 粥	c ペースト	d 流動食(経口・経管)
		副食	a 普通	b 一口大	c 刻み	d ペースト
	排 泄	1 自立 2 見守り 3 一部介助 4 全介助 (a ポータブルトイレ使用 b 尿・便器使用 c おむつ使用)				
	入 浴	1 自立 2 見守り 3 一部介助 4 全介助				
	更 衣	1 自立 2 見守り 3 一部介助 4 全介助				
	視 力	1 普通 2 やや悪い 3 悪い 4 ほとんど見えない				
	聴 力	1 普通 2 やや悪い 3 悪い 4 ほとんど聞こえない				
	言 語	1 普通 2 聞き取りにくい 3 ほとんど話せない				
理解力	1 普通 2 やや低下 3 低下					
麻 痺	有・無	(右・左 手・足)		拘縮 有 無	部位 ()	
その他 (特にあれば 記入して下さい。)						

特別養護老人ホーム入所申込書(その3)

緊急時の連絡先		<input type="checkbox"/> 申込者 <input type="checkbox"/> 主介護者 <input type="checkbox"/> その他()				
郵便番号		氏 名	〒	電話番号		
〒 -				携帯番号		
緊急時の連絡先		<input type="checkbox"/> 申込者 <input type="checkbox"/> 主介護者 <input type="checkbox"/> その他()				
郵便番号		氏 名	〒	電話番号		
〒 -				携帯番号		
介護者の状況	主たる介護者	ふりがな氏名		性別	本人との関係	
		生年月日	昭和・平成 年 月 日	男 女		
		同居の区分	1 同居 2 別居(住所:)			
	従たる介護者	ふりがな氏名		性別	本人との関係	
		生年月日	昭和・平成 年 月 日	男 女		
		同居の区分	1 同居 2 別居(住所:)			
	主たる介護者の就労状況		主たる介護者の育児状況		主たる介護者の健康状況	
	有(常勤・パート)/無		有(人 歳) 無		良好 不良()	
	<input type="checkbox"/> 8時間以上		<input type="checkbox"/> 常時の育児が必要		主たる介護者の家族の健康状態	
	<input type="checkbox"/> 4時間以上8時間未満		<input type="checkbox"/> 半日の育児が必要		良好 不良()	
介護期間		年 月				
介護者の状況2	※下記、□項目に該当する事項について印を付けてください。					
	主たる介護者が障害や疾病の状況にある為 <input type="checkbox"/> 介護困難 <input type="checkbox"/> 多少介護可能 <input type="checkbox"/> 介護可能 <input type="checkbox"/> 質問事項の状況にない					
	主たる介護者の家族の病気の状況において <input type="checkbox"/> 常時看病が必要 <input type="checkbox"/> 半日程度看病が必要 <input type="checkbox"/> 時々看病が必要 <input type="checkbox"/> 質問事項の状況にない					
	主たる介護者が複数の介護をしている為 <input type="checkbox"/> 介護困難 <input type="checkbox"/> 多少介護可能 <input type="checkbox"/> 介護可能 <input type="checkbox"/> 左記という事はない					
	従たる同居介護者の状況 <input type="checkbox"/> 従たる同居介護者はいない <input type="checkbox"/> 介護困難 <input type="checkbox"/> 多少介護可能 <input type="checkbox"/> 介護可能					
別居している血縁者による介護の可能性 <input type="checkbox"/> 別居している血縁者はいない <input type="checkbox"/> 介護困難 <input type="checkbox"/> 多少介護可能 <input type="checkbox"/> 介護可能						
その	入所を希望する時期	1 今すぐ入所したい。 2 年 月頃までに入所したい。				
	申し込みの状況	1 当該施設のみ申し込む。 2 他の施設に申し込んでいる。 所在地: 施設名:				
	待機期間	年 月				
他	個室・多床室の希望	1 個室に入所を希望する。 2 多床室に入所を希望する。 3 個室・多床室のどちらでもよい。				
説明	私は、入所申込の際、入所決定の手続き及び入所の必要性を評価する基準等について、施設から説明を受けました。					
確認	平成 年 月 日 氏名 _____					

※ 申込内容に変更が生じた場合は、施設に連絡し、指示を受けて下さい。順番が変更になる事があります。
 ※要介護度の変更等の際は、再度介護保険被保険者証の写し 及び 認定調査票の写しをご提出下さい。

特別養護老人ホーム入所申込取り下げ書

平成 年 月 日

特別養護老人ホームエンゼルの丘
施設長様

申込者
住所
氏名

私は、先に提出した「特別養護老人ホーム入所申込書」を下記のとおり取り下げます。

記

1 申込み日

平成 年 月 日

2 入所希望者

住所

氏名

3 取り下げる理由

特別養護老人ホーム「エンゼルの丘」利用料金表

ご利用料金は、基本料金（1表）と、介護保険における各種加算に伴う自己負担料金（3表・該当項目のみ対象）と、日常生活費の自己負担料金（4表・該当項目のみ対象）の**合計額**になります。

～ <1表> 基本料金 ～

<ユニット型個室> ◎基本ご利用料金（1日あたり） 介護保険利用（原則1割自己負担）

自己負担他 要介護度	上段：自己負担合計額/1日あたり（①+②+③） 下段：30日分の合計額				内 訳		
	第1段階	第2段階	第3段階	第4段階	※1 介護保険 自己負担額①	※2 生活費自己負担額	
						居住費②	食費③
要介護1	1,779円 (53,370円)	1,869円 (56,070円)	2,619円 (78,570円)	4,009円 (120,270円)	659円	<第1段階> 820円	300円
要介護2	1,849円 (55,470円)	1,939円 (58,170円)	2,689円 (80,670円)	4,079円 (122,370円)	729円	<第2段階> 820円	390円
要介護3	1,922円 (57,660円)	2,012円 (60,360円)	2,762円 (82,860円)	4,152円 (124,560円)	802円	<第3段階> 1,310円	650円
要介護4	1,992円 (59,760円)	2,082円 (62,460円)	2,832円 (84,960円)	4,222円 (126,660円)	872円	<第4段階> 1,970円	1,380円
要介護5	2,061円 (61,830円)	2,151円 (64,530円)	2,901円 (87,030円)	4,291円 (128,730円)	941円		

<多床室> ◎基本ご利用料金（1日あたり） 介護保険利用（原則1割自己負担）

自己負担他 要介護度	上段：自己負担合計額/1日あたり（①+②+③） 下段：30日分の合計額				内 訳		
	第1段階	第2段階	第3段階	第4段階	介護保険 自己負担額①	生活費自己負担額	
						居住費②	食費③
要介護1	1,089円 (32,670円)	1,499円 (44,970円)	1,759円 (52,770円)	2,489円 (74,670円)	789円	<第1段階> 0円	300円
要介護2	1,153円 (34,590円)	1,563円 (46,890円)	1,823円 (54,690円)	2,553円 (76,590円)	853円	<第2段階> 320円	390円
要介護3	1,224円 (36,720円)	1,634円 (49,020円)	1,894円 (56,820円)	2,624円 (78,720円)	924円	<第3段階> 320円	650円
要介護4	1,289円 (38,670円)	1,699円 (50,970円)	1,959円 (58,770円)	2,689円 (80,670円)	989円	<第4段階> 320円	1,380円
要介護5	1,354円 (40,620円)	1,764円 (52,920円)	2,024円 (60,720円)	2,754円 (82,620円)	1054円		

<2表>生活費（食費・居住費）のご利用負担額については、以下の基準で減額の制度があります。

区分（段階）	課税区分（世帯全員）	対象者
第1段階	市民税 非課税	生活保護を受給されている方と、老齢福祉年金を受給されている方
第2段階	市民税 非課税	課税年金収入額と合計所得金額が80万円以下の方
第3段階	市民税 非課税	課税年金収入が80万円を超え市民税が非課税の方
第4段階	市民税 課税	上記対象条件以外の方

※ 減額の手続きなどの詳細は、役所の介護保険窓口にお問い合わせ下さい。

～ <3表> 介護保険における各種加算に伴う自己負担料金 ～ 介護保険利用（原則1割自己負担）

要介護度、ご利用者負担段階の如何に関わらず一律料金が加算されます。

加算 *1	※2 加算項目	加算概要 (条件)	単位	※2自己 負担額
○	介護職員処遇改善加算 I	1ヶ月につき所定単位数×25/1000		下記 参照

算定方法～1表の介護保険自己負担額 + 3表の 加算※1部分で○及び★印で該当する部分の単位数の合計×25/1000
 例) 要介護度2の方の場合 介護保険基本単位数(729単位) + 看護体制加算 I イ (6単位) + 夜勤職員配置加算 (27単位) +
 サービス提供体制加算 (6単位) = 768単位×25/1000が=介護職員処遇改善加算 (19単位)
 利用者自己負担額 19円/1日

	日常生活継続支援加算	心身の障害が重度の利用者を一定数以上受け入れている場合	1日	<u>23円</u>
○	看護体制加算 (I) イ	常勤の看護師を1名以上配置している場合 (入所定員31人以上50人以下の事業所) ※ユニット利用者のみ	1日	<u>6円</u>
○	看護体制加算 (I) ロ	常勤の看護師を1名以上配置している場合 (入所定員30人又は51人以上の事業所) ※多床利用者のみ	1日	<u>4円</u>
○	夜勤職員配置加算 II イ	施設基準数に1名を足した数以上の夜勤職員を配置している場合(入所定員31人以上50人以下の事業所) ※ユニット利用者のみ	1日	27円
★	個別機能訓練加算	機能訓練指導員により機能訓練を行った場合	1日	12円
★	栄養マネジメント加算	管理栄養士を配置し、栄養ケア計画を作成し実施及び評価を行った場合	1日	14円
★	療養食加算	医師の食事箋に基づき療養食を提供した場合	1日	23円
★	外泊時費用	外泊及び医療機関に入院をした場合 (上限: 月6日)	1日	246円
★	初期加算	入所日から30日以内の期間 (入院後の再入所も同様)	1日	30円
★	看取り介護加算 (1)	看取り介護の体制を整備し、死亡日以前4日以上30日以下に算定	1日	80円
★	看取り介護加算 (2)	看取り介護の体制を整備し、死亡日以前2日から3日に算定	1日	680円
★	看取り介護加算 (3)	看取り介護の体制を整備し、死亡日当日に算定	1日	1,280円
★	口腔機能維持管理体制加算	歯科医師または歯科衛生士が介護職員に対する口腔ケアに係る指導を月1回以上行い、口腔ケア計画が作成されている場合	1か月	<u>30円</u>
★	口腔機能維持管理加算	歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が入所者に対し、口腔ケアを月4回以上行った場合(口腔昨日維持管理体制加算を算定しない場合は算定しない)	1ヶ月	<u>110円</u>
★	認知症行動 心理症状緊急対応加算	(入所後7日に限り 一日に200単位を加算)	一日	<u>200円</u>
★	認知症専門ケア加算(I)	専門的な研修を修了した者を一定数以上配置している場合	1日	3円
★	認知症専門ケア加算(II)	上記に加え、1名を足した数以上の研修修了者を配置している場合	1日	4円
★	経口移行加算	経口摂取に移行するための栄養管理を実施した場合	1日	28円
★	経口維持加算 (I)	著しい摂取障害がある方の経口摂取を維持するための栄養管理を実施した場合	1日	28円
★	経口維持加算 (II)	摂取障害がある方の経口摂取を維持するための栄養管理を実施した場合	1日	5円
	障害者生活支援体制加算	各種障害者に対して、専門技術を持った、障害者生活支援員を配置した場合	1日	26円
★	退所時相談援助加算	退所後の利用者の生活問題に対する相談援助を行った場合	1回	400円
★	退所前訪問相談援助加算	(入所中1回 (又は2回を限度に460単位を加算))	1回	<u>460円</u>
★	退所後訪問相談援助加算	(退所後1回を限度に460単位を算定)	1回	<u>460円</u>
★	退所前連携加算	退所前に指定居宅介護支援事業者の介護支援専門員と連絡調整を行った場合	1回	500円
★	在宅復帰支援機能加算	利用者が在宅復帰するに当たり相談援助を行った場合	1日	10円
★	在宅・入所相互利用加算	利用者が在宅復帰するに当たり可能な限り在宅生活が持続できるように援助した場合	1日	30円
	サービス提供体制強化加算 (I)	介護職員の総数の半分以上が介護福祉士である場合	1日	12円
○	サービス提供体制強化加算 (II)	介護・看護職員の総数の75%以上が常勤職員である場合	1日	6円
	サービス提供体制強化加算 (III)	直接処遇する職員中、30%以上が勤続3年以上である場合	1日	6円

※1 ○印の加算項目は、当施設の体制加算となり、全利用者へ算定いたします。★印は該当者のみの加算となります。

～ <4表> 日常生活費の自己負担料金 ～

項目	内容	単位	料金
日用品費	シャンプー、ボディソープ、歯ブラシ、歯磨き粉等	1日	200円
教養・娯楽費	書道、絵画、その他のクラブ活動費	1日	実費
理美容費	施設にて訪問理美容を利用した場合	1回	1,500円
電気料金	電化製品持ち込みの場合（髭剃りのみ場合は除く）	月額	1,500円
行事参加費	行事に参加した場合	1回	500円
コピー料金	用紙サイズにより（B5・A4）10円／（B4・A3）15円	1枚	10円・15円
写真代	季節行事等の写真を購入希望の場合	1枚	40円
職員受診同行費	遠方の（半日以上かかる場合の） 医療機関の受診に職員が同行した場合の交通費として	使用回数 に乗じて	実費

◎料金を提示したものの以外にも、利用者様からの依頼により購入する日用品などで、利用者負担が望ましいと考えられるものにつきましては実費を請求させていただきます。

～利用料金の留意事項～

- ① 基本料金は、介護保険自己負担額と生活費自己負担額（居住費・食費）の合計額となります。
- ② 基本料金につきましては、2表に示しましたように、市民税の課税・非課税によって、4段階に分かれ、所得に応じた負担とする制度があります。それによって、1表に示した負担額となります。一応30日ご利用を例として挙げてありますので、30日に満たない月、30日を越える月は、基本利用料金に対し、日数分の増減があります。
- ③ 加算分の自己負担料金につきましては、3表に挙げられたもののうち、○印をつけた施設の体制加算（一律の算定）と、★印をつけた対象者のみの加算について自己負担料金が発生します。施設はすべての加算を実施するわけではありません。
- ④ 日常生活費の自己負担料金につきましては、4表に挙げられた項目のサービスを受けた場合に発生します。