

社会福祉法人 さわらび会  
介護老人福祉施設 ブエナビスタ  
入所申込み手続きについて

この度は、介護老人福祉施設 ブエナビスタにお申し込み頂き、誠にありがとうございます。  
入所申込みにつきましては、入所申込書に必要事項をご記入の上、下記の提出先までご返送ください。

◆ 申し込み方法

- 入所申込書（様式 1）
- 状況確認表（様式 2）
- 介護保険被保険者証の写し（直近のもの）
- サービス利用表（写）及びサービス利用表別表（写）（概ね直近 3 カ月分）

◆ 書類の申請方法

- 書類がそろいましたら 下記提出先まで郵送してください。
- 提出先  
〒338-0832  
埼玉県さいたま市桜区西堀 4-8-24  
介護老人福祉施設 ブエナビスタ 宛

◆ 注意事項

1. 申込み後に身体状況等に大きな変化（入院・他施設への入所を含む）が生じた場合には必ずご連絡をお願いします。
2. 提出していただきました入所申込調査書の情報は大切に保管をし、守秘義務を遵守いたします。

## 【入所までの流れ】

### 1. お問い合わせ

入所の基準、料金、入所後のサービス全般について、ご不明な点がございましたらお気軽にご相談ください。施設見学も随時承ります。

### 2. 入所申込み

当施設所定の入所申込書にご記入頂き、郵送にてお申込みください。

### 3. 一次審査（書類審査）

「さいたま市特別養護老人ホーム入所指針」に沿って優先順位を決めさせていただきます。  
優先入所対象の方にはご連絡をさせて頂き、健康診断書等の依頼をさせていただきます。

### 4. 二次審査（ご本人・ご家族と面談）

実際にお会いし、頂いた情報と健康診断書をもとに施設での生活が可能か否かを、入所判定会にて判断させていただきます。

### 5. ご契約・入所

入所に関する契約を行い、ご相談のうえ入所日の設定をいたします。

## 【お問合せ】

介護老人福祉施設 ブエナビスタ

電話： 048-872-0311

Fax： 048-749-1780

※土・日、祝日を除く、9時～17時

(様式 1)

介護老人福祉施設 ブエナビスタ 入所申込書

介護老人福祉施設  
ブエナビスタ 施設長 様

申 込 日	令和 年 月 日
受 付 日	令和 年 月 日

【申込者】

(フリガナ) 氏 名		ご本人との関係
電話番号	( )	

貴施設へ入所したいので、つぎのとおり申し込みます。

ご 本 人 の 状 況	(フリガナ) 氏 名		男	保 険 者		/	
			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		
			※4障害自立度		※4認知症自立度		
	住 所	〒	介護認定 期 間	平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで			
	認知症等による行動障害 (別表1参照)	ときどき見られる行動の番号： 頻繁に見られる行動の番号：					
	心身の状況	1 障害有 (障害の種類： 級) 2 なし					
入所を希望する理由 (※1)	1 介護者がいない 2 介護者はいるが、高齢である。 3 介護者がいるが介護が困難な状態にある (複数回答あり) 理由 ①高齢 ②障害者 ③複数の要介護者がいる※2 ④就業 ⑤育児 4 地域の介護サービス等に不足がある (複数回答あり) ※3 ①夜間の介護サービス ②往診や訪問看護等医療系サービス ③常時の見守り ④家事支援等の安価なサービス活動 ⑤その他 ( ) 5 その他 ( )						
医療的処置の状況	現在治療中の病気等の番号 (複数回答あり) 1 点滴 2 中心静脈栄養 3 透析 4 人工肛門 5 酸素療法 6 人工呼吸器 7 気管切開 8 疼痛看護 9 経管栄養 10 モニター測定 11 褥瘡 12 カテーテル  摂取している薬及びその頻度 _____						

※1 入所を希望する理由 ( ) 内には、その具体的理由を記入してください。

※2 複数の要介護者がいる場合、当該要介護者の要介護度を ( ) 内に記入してください。

※3 金銭面及び負担限度額による不足を除く。

※4 ケアマネージャー等にご確認して頂き記入してください。

介 護 者 の 状 況	主たる介護者	(フリガナ) 氏 名		性 別 男・女	ご本人との関係
		生年月日	明・大・昭 年 月 日 ( 歳)		
		同居区分	1 同居 2 別居 ( )		
	従たる介護者	(フリガナ) 氏 名		性 別 男・女	ご本人との関係
生年月日		明・大・昭 年 月 日 ( 歳)			
同居区分		1 同居 2 別居 ( )			
	介護の可能性	介護困難 ・ 多少介護可能 ・ 介護可能			
介護期間	年 月より				
主たる介護者の就労状況	主たる介護者の就労状況		主たる介護者の育児の状況		主たる介護者の健康状態
	有 (常勤・パート)	有 ( 人 歳)	有 ( 人 歳)	有 ( 人 歳)	良好 不良 ( )
					主たる介護者の家族の健康状態
	無	無	無	無	良好 不良 ( )
そ の 他	入所を希望する時期	1 今すぐ入所を希望している 2 年 月頃までには、入所したい			
	申込の状況	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 月より			
	やむを得ない事情により居宅において日常生活を営むことが困難である理由 (要介護1又は2の方のみ)	該当する特例入居の要件 ア ・ イ ・ ウ ・ エ ※別紙をご確認の上、該当する要件を選択してください			
説 明 確 認	<p>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確認の上、同意いたしました。</p> <p>また、特例入所についての説明を受け、要件の判断にあたり、当施設の調査内容を保険者市町村に報告することに同意します。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>氏 名 _____</p>				

※介護保険被保険者証 (写) を添付してください。

※入所の必要性がなくなった場合には、別紙「特別養護老人ホーム入所申込取下げ書」を提出してください。

※申込内容に変更が生じた場合には、施設に連絡し、指示を受けてください。

(様式2)

介護老人福祉施設 ブエナビスタ  
状況確認表

令和 年 月 日 現在

お名前		男・女		生年月日 年 月 日 ( 歳)				
医療 介護 関係	既往歴							
	現病歴							
	主治医	医療機関名		主治医氏名				
	特別な 医療行為	内容・頻度		処方薬				
	担当ケア マネジャー	□いる □いない		事業所名		担当者名		
身体 状況	身長	cm	体重	kg	視力	普・弱・全盲	聴力	普・難・聾
	発語	普・やや普・不自由		床ずれ	有り(場所)_____・ 無			
	オムツ	有( 常時・夜のみ ) ・ 無						
	上半身の状態							
	下半身の状態							
	むくみ	有り(場所)_____・ 無			皮膚の疾患状態( )			
日常 生活	歩行	自立・一部介助・車椅子		排泄	自立・一部介助・全介助			
	食事	自立・一部介助・全介助		入浴	自立・一部介助・全介助			
	着脱	自立・一部介助・全介助		徘徊	有 ・ 無			
認知症等による周辺症状		有( ) ・ 無						
性格			対人関係	拒否的・親しみやすい・協調的				
精神状態	正常 ・ 障害有り(ご様子 )							
問題となる行動等								
ご生活上の注意すべき点								
その他								

## 別紙

別表 1

認知症等による行動障害	1 粗暴な行為（暴言や暴力） 2 介護拒否 3 被害妄想 4 物盗られ妄想 5 昼夜逆転 6 夜間せん妄 7 徘徊 8 帰宅願望 9 火の不始末 10 異食行動 11 不潔行為 12 幻視・幻聴 13 弄便 14 性的問題 15 抑うつ状態
-------------	--

※「ときどき見られる行動」については、少なくとも1カ月間に1回以上、1週間に1回未満の頻度で現れる行動を記載してください。

※「頻繁に見られる行動」については、少なくとも1週間に1回以上の頻度で現れる行動を記載してください。

### 特列入所の要件

要介護1又は2の方が入所するためには、下記のいずれかに該当することが必要です。ご自身の判断で該当すると思われる要件を申込書に記載してください。

ア 認知症である者であって、日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁に見られること

イ 知的障害・精神障害等を伴い、日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さ等が頻繁に見られること

ウ 家族等による深刻な虐待が疑われること等により、心身の安全・安心の確保が困難であること

エ 単身世帯である、同居家族が高齢又は病弱である等により家族等による支援が期待できず、かつ、地域での介護サービスや生活支援の供給が不十分であること

# 介護老人福祉施設 ブエナビスタ 利用料金のめやす

令和7年4月1日現在

◆利用料は、下記【介護保険】と【食費、居住費】と【その他】日常生活費等の合計です。

## 【介護保険】介護老人福祉施設サービス費（ユニット型施設利用料）

基本部分		ユニット型個室（1人部屋）					1割負担 (2割負担) (3割負担)
		単位数	加算	日数	介護職員処 遇改善加算	地域加算	
要介護度	要介護 1	670	+ 30	× 30	× 14.0	× 10.68	27,393円 (54,786円) (82,179円)
	要介護 2	740					29,950円 (59,900円) (89,850円)
	要介護 3	815					32,976円 (65,952円) (98,928円)
	要介護 4	886					35,282円 (70,564円) (105,846円)
	要介護 5	995					39,264円 (78,528円) (117,792円)

### （加算内容）

加算区分	自己負担額		
	単位数	金額	負担
サービス提供体制強化加算Ⅱ	18	19円	1日
看護体制加算（Ⅰ）	4	4円	1日
看護体制加算（Ⅱ）	8	8円	1日
夜勤職員配置加算（Ⅱ）	18	19円	1日
個別機能訓練加算（Ⅰ）	12	12円	1日
個別機能訓練加算（Ⅱ）	20	21円	1日
介護職員等処遇改善加算Ⅰ	所定単位数の14.0%を加算		

### 【食費、居住費】

所得区分	居住費	食費	日数	合計
第1段階	880円/日	300円/日	× 30日	35,400円
第2段階	880円/日	390円/日		38,100円
第3段階①	1,370円/日	650円/日		60,600円
第3段階②	1,370円/日	1,360円/日		81,900円
第4段階	2,495円/日	1,831円/日		129,780円

※ 食費・居住費は預貯金、世帯の収入などによって負担段階が違いますので、区役所にお問い合わせください。

### 【介護保険+食費+居住費】※()内は2割・3割の金額

#### 【その他】

※日常生活費（1日あたり200円）

別途必要。×30日＝6000円

※預り金管理費（1日あたり50円）

別途必要。×30日＝1500円

理美容代・医療費等は実費負担となります。

（オムツ代の負担はありません。）

	第1段階	第2段階	第3段階	第4段階
要介護1	62,793円	65,493円	87,993円① 109,293円②	157,173円 (184,566円) (211,959円)
要介護2	65,350円	68,050円	90,550円① 111,850円②	159,730円 (189,680円) (219,630円)
要介護3	68,376円	71,076円	93,576円① 114,876円②	162,756円 (195,732円) (228,708円)
要介護4	70,682円	73,382円	95,882円① 117,182円②	165,062円 (200,344円) (235,626円)
要介護5	74,664円	77,364円	99,864円① 121,164円②	169,044円 (208,308円) (247,572円)