

入居申込書

介護老人福祉施設 早蕨

申込者 氏

住 所

氏 名

印

入居希望者
との関係

電 話

携帯電話

入居希望者の状況	ふりがな												
	氏 名	男 女	生年月日	明治 大正 昭和	年	月	日						
	住 所	〒 - 電話番号 -											
	介護保険	要介護度	<input type="checkbox"/> 要介護度1 <input type="checkbox"/> 要介護度2 <input type="checkbox"/> 要介護度3 <input type="checkbox"/> 要介護度4 <input type="checkbox"/> 要介護度5										
		被保険者番号									保険者 (市町村)		
		認定期間	年 月 日 ~ 年 月 日										
	健康保険	種 別					障 害 者 手 帳	種 類					
		記 号 番 号						判 定					
	収入状況	年 金 等	(種別) (支給年額)										
			(種別) (支給年額)										
生活保護受給			有 ・ 無										
現 況 (在 宅)	<input type="checkbox"/> 自宅で一人暮らしをしている <input type="checkbox"/> 自宅で夫婦で暮らしている <input type="checkbox"/> 自宅で子供と同居している												
	在宅サービスの利用 <input type="checkbox"/> あり(内容) <input type="checkbox"/> なし												
	<input type="checkbox"/> 在宅介護サービスの支給限度額以上のサービスを利用している												
現 況 (施設・病院)	<input type="checkbox"/> 施設や病院で生活している (施設種別をチェックして名称・時期などをご記入して下さい)												
	<input type="checkbox"/> 特別養護老人ホーム <input type="checkbox"/> 介護老人保健施設 <input type="checkbox"/> 養護老人ホーム <input type="checkbox"/> グループホーム												
	<input type="checkbox"/> 病院(救急) <input type="checkbox"/> 病院(一般) <input type="checkbox"/> 病院(療養) <input type="checkbox"/> その他()												
	施設又は病院名	入居又は入院時期 年 月 頃											
医療の状況	現病名()												
	病 歴()												
	<input type="checkbox"/> 鼻腔栄養 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> インシュリン注射 <input type="checkbox"/> ペースメーカー <input type="checkbox"/> 痰吸引 <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> 透析 <input type="checkbox"/> 疼痛管理												
	<input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> 膀胱留置カテーテル <input type="checkbox"/> 褥瘡 <input type="checkbox"/> C型肝炎等 <input type="checkbox"/> MRSA <input type="checkbox"/> その他()												
入居希望者の日常生活状況	<input type="checkbox"/> 認知症がある →特記すべき症状 ()												
	<input type="checkbox"/> 視力に障害がある <input type="checkbox"/> 聴力に障害がある <input type="checkbox"/> 言語に障害がある <input type="checkbox"/> 手足に障害がある												
	移動・・・ <input type="checkbox"/> 自分で可 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	<input type="checkbox"/> 杖を使用 <input type="checkbox"/> 車椅子を使用 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> その他()											
	食事・・・ <input type="checkbox"/> 自分で可 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	形態: <input type="checkbox"/> 普通食 <input type="checkbox"/> 刻み食 <input type="checkbox"/> 流動食 内容: <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 治療食											
	排泄・・・ <input type="checkbox"/> 自分で可 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	<input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブル <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> その他()											
	入浴・・・ <input type="checkbox"/> 自分で可 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助												

介護老人福祉施設 早蕨 入居申込意見書

記載日 令和 年 月 日

入居希望者氏名

記載者

氏名 _____

所属 _____

職種 _____

TEL _____

※ この意見書は、介護支援専門員、施設・病院職員などの専門職が入居希望者の現在の状況をご記入ください。

(記入する者がいない場合は、申し込み先の施設にご相談ください。)

(1) 要介護度

要介護度 5	要介護度 4	要介護度 3	要介護度 2	要介護度 1
--------	--------	--------	--------	--------

(2) 認知症高齢者の日常生活自立度

IV	IIIb	IIIa	IIb	IIa
----	------	------	-----	-----

(3) 現在の身体状況に該当する項目に○をつけてください

	A	B	C	特記事項(できる限りご記入ください)
①食 事	介助が必要	見守り程度	自 立	
②入 浴	介助が必要	見守り程度	自 立	
③排 泄	介助が必要	見守り程度	自 立	
④移 動	介助が必要	見守り程度	自 立	
⑤更 衣	介助が必要	見守り程度	自 立	

(4) 直近1カ月以内に認知症による周辺症状があったものに○をつけてください

	A	B	C	D	特記事項(できる限りご記入ください)
①火の不始末がある	ほぼ毎日	週1～3回	月1～3回	なし	
②徘徊がある	ほぼ毎日	週1～3回	月1～3回	なし	
③介護に対して抵抗がある	ほぼ毎日	週1～3回	月1～3回	なし	
④暴言暴行や大声がある	ほぼ毎日	週1～3回	月1～3回	なし	
⑤摂食異常がある	ほぼ毎日	週1～3回	月1～3回	なし	
⑥不潔行為がある	ほぼ毎日	週1～3回	月1～3回	なし	
⑦昼夜逆転がある	ほぼ毎日	週1～3回	月1～3回	なし	
⑧その他の周辺症状	ほぼ毎日	週1～3回	月1～3回	なし	

(5) 現在の介護状況に該当するものに○をつけてください

①身寄りがいない若しくは家族等がいても疎遠であるなど介護する者がいない	
②介護する者はいるが、地理的に離れている若しくは病院等に長期入院の状況にあり、十分な介護が困難	
③介護する者はいるが、要介護状態、病气療養中、障害を有するなどの状況にあり、十分な介護が困難	
④介護する者はいるが、要支援状態、高齢等の状況にあり、十分な介護が困難	
⑤介護する者はいるが、複数の介護や育児を行っているなど、十分な介護が困難	
⑥介護する者はいるが、就業しているため、十分な介護が困難	

(6) 現病名及び既往歴

(現病名)	(既往歴)
-------	-------

(7) 特別な医療行為及び処方薬

(医療行為名・内容・頻度)	(処方薬)
---------------	-------

(8) 特記事項 (在宅及び入居・入院先で生活継続困難な理由) *住居環境、経済状況、介護者の身体的・精神的状況なども含む。

--

※入居申込受付には、入居申込書・入居申込意見書・介護保険被保険者証(写)が必要です。

<サービス利用料金>

【介護保険基準サービス(個室の場合)】

1 要介護度別サービス利用料金			要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
			5,590 円	6,270 円	6,970 円	7,650 円	8,320 円
2	うち、介護保険から給付される金額	1割	5,031 円	5,643 円	6,273 円	6,885 円	7,488 円
		2割	4,472 円	5,016 円	5,576 円	6,120 円	6,656 円
		3割	3,913 円	4,389 円	4,879 円	5,355 円	5,824 円
3	サービス利用に係る自己負担額	1割	559 円	627 円	697 円	765 円	832 円
		2割	1,118 円	1,254 円	1,394 円	1,530 円	1,664 円
		3割	1,677 円	1,881 円	2,091 円	2,295 円	2,496 円
4	個別機能訓練加算			1割：12円	2割：24円	3割：36円	
5	日常生活継続支援加算			1割：36円	2割：72円	3割：108円	
6	夜勤職員配置加算			1割：16円	2割：32円	3割：48円	
7	看護体制加算(Ⅰ)			1割：4円	2割：8円	3割：12円	
8	看護体制加算(Ⅱ)			1割：8円	2割：16円	3割：24円	
9	栄養ケアマネジメント加算			1割：14円	2割：28円	3割：42円	
10	居室に係る自己負担	第1段階	320円				
		第2段階	420円				
		第3段階	820円				
		第4段階	1,171円				
11	食事に係る自己負担	第1段階	300円				
		第2段階	390円				
		第3段階	650円				
		第4段階	1,392円				
自己負担額合計(3+4+5+6+7+8+9+10+11)							

上記のものに加え、下記の加算が必要となります。

★初期加算：1割：30円/日 2割：60円/日 3割：90円/日（入所後30日以内のみ）

★口腔衛生管理体制加算：1割：30円/月 2割：60円/月 3割：90円/月（歯科医師の指示のもと歯科衛生士による指導助言を受け、計画が作成されている場合）

★口腔衛生管理加算：1割：90円/月 2割：180円/月 3割：270円/月（歯科医師の指導を受けた歯科衛生士が月2回以上口腔ケアを行った場合）

★入院、外泊時：1割：246円/日 2割：492円/日 3割：738円/日（最高6日/月まで上記料金に替わり必要となります）

★療養食加算：1割：6円/回 2割：12円/回 3割：18円/回（医師の指導のもと療養食が提供された場合）

★介護職員処遇改善加算Ⅰ：上記合計金額より、食費、居住費を除く合計金額の8.3%

★介護職員等特定処遇改善加算Ⅰ：上記合計金額より、食費、居住費を除く合計金額の2.7%

令和元年10月1日から変更

<サービス利用料金>

【介護保険基準サービス(多床室の場合)】

1 要介護度別サービス利用料金			要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
						5,590 円	6,270 円
2	うち、介護保険から給付される金額	1割	5,031 円	5,643 円	6,273 円	6,885 円	7,488 円
		2割	4,472 円	5,016 円	5,576 円	6,120 円	6,656 円
		3割	3,913 円	4,389 円	4,879 円	5,355 円	5,824 円
3	サービス利用に係る自己負担額	1割	559 円	627 円	697 円	765 円	832 円
		2割	1,118 円	1,254 円	1,394 円	1,530 円	1,664 円
		3割	1,677 円	1,881 円	2,091 円	2,295 円	2,496 円
4	個別機能訓練加算			1割：12円	2割：24円	3割：36円	
5	日常生活継続支援加算			1割：36円	2割：72円	3割：108円	
6	夜勤職員配置加算			1割：16円	2割：32円	3割：48円	
7	看護体制加算(Ⅰ)			1割：4円	2割：8円	3割：12円	
8	看護体制加算(Ⅱ)			1割：8円	2割：16円	3割：24円	
9	栄養ケアマネジメント加算			1割：14円	2割：28円	3割：42円	
10	居室に係る自己負担	第1段階	0円				
		第2段階	370円				
		第3段階	370円				
		第4段階	855円				
11	食事に係る自己負担	第1段階	300円				
		第2段階	390円				
		第3段階	650円				
		第4段階	1,392円				
自己負担額合計(3+4+5+6+7+8+9+10+11)							

上記のものに加え、下記の加算が必要となります。

★初期加算：1割：30円/日 2割：60円/日 3割：90円/日（入所後30日以内のみ）

★口腔衛生管理体制加算：1割：30円/月 2割：60円/月 3割：90円/月（歯科医師の指示のもと歯科衛生士による指導助言を受け、計画が作成されている場合）

★口腔衛生管理加算：1割：90円/月 2割：180円/月 3割：270円/月（歯科医師の指導を受けた歯科衛生士が月2回以上口腔ケアを行った場合）

★入院、外泊時：1割：246円/日 2割：492円/日 3割：738円/日（最高6日/月まで上記料金に替わり必要となります）

★療養食加算：1割：6円/回 2割：12円/回 3割：18円/回（医師の指導のもと療養食が提供された場合）

★介護職員処遇改善加算Ⅰ：上記合計金額より、食費、居住費を除く合計金額の8.3%

★介護職員等特定処遇改善加算Ⅰ：上記合計金額より、食費、居住費を除く合計金額の2.7%

令和元年10月1日から変更