

入所申込書ご案内

前略、この度は、当施設、入所申し込み資料をご請求頂き、誠にありがとうございます。
特別養護老人ホームケアホームちどりの入所申し込み書類一式をご送付させていただきます
ので、ご記入の上お申し込み頂きますよう、よろしくお願い申し上げます。

○申込者全員

- ・入所申込書兼台帳（別紙記入方法参照）
- ・入所選考調査票（担当のケアマネジャーの方にご依頼下さい 別紙記入方法参照）
- ・介護保険被保険者証（写）
- ・要介護認定調査票の基本調査（写）

○医療関係書類

- ・診療情報提供書（主治医へご依頼ください）
- ・胸部レントゲン（3か月以内）
- ・皮膚疾患の有無
- ・採血結果（3か月以内）
- ・内服薬、軟膏薬、点眼薬などの説明書

○入院、入所中の方

- ・看護サマリー、介護サマリー、リハビリサマリーなど
※申し込み時には不要です。提出頂く時期はこちらからご連絡させていただきます。

○在宅サービス利用中の方

- ・サービス提供票（写）
- ・サービス提供票別紙（写し）
※直近3か月を添付して下さい。

入所選考に関しては、大阪府「特別養護老人ホーム入所選考指針」に基づいて行わせて
頂きます。

ご不明な点などございましたらお気軽にお問い合わせ下さいませ。

お申込みお待ちしております。

〒571-0038

大阪府門真市柳田町15-23

社会福祉法人 晋栄福祉会

特別養護老人ホームケアホームちどり

Tel:06-6991-8361

Fax:06-6991-8362

担当:一山・牧野

標準様式 1

指定介護老人福祉施設【特別養護老人ホーム】等入所申込書兼台帳

申込者連絡先 (家族等代理の方の場合)	氏名:	続柄
	〒	
	住所:	
	電話番号	

施設記入欄	申込日	年 月 日	受付日	年 月 日
	受付番号		担当者名	
	法人名			
	入所申込施設名			
	保険者への報告	不要 ・ 要 報告日: 平成 年 月 日		

今後、郵便物などはこの連絡先にお送りさせていただきます。

本人の状況	(フリガナ)		性別		保険者(番号)	
	氏名		男 女		被保険者番号	
	生年月日	明・大・昭 年 月 日(満 歳)		要介護認定期間	平成 年 月 日 から 平成 年 月 日 まで ※未申請の方は記入してください 平成 年 月 日	
	要介護度	1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 ↓ 要介護1・2は下記のいずれかの該当が必要です <input type="checkbox"/> 認知症があり日常生活に支障をきたすような症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁にみられる。 <input type="checkbox"/> 知的障がい・精神障がい等を伴い、日常生活に支障をきたすような症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁にみられる。 <input type="checkbox"/> 家族等による深刻な虐待が疑われる等により、心身の安全・安心の確保が困難な状況である。 <input type="checkbox"/> 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。				
	障がいの程度	<input type="checkbox"/> 療育手帳あり (<input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2) <input type="checkbox"/> 精神障がい者保健福祉手帳あり (<input type="checkbox"/> 1級 <input type="checkbox"/> 2級 <input type="checkbox"/> 3級)				
	自宅住所	〒		電話番号		
	現在の居所 ※自宅以外に居住している場合に記入	<input type="checkbox"/> 自宅で単身 <input type="checkbox"/> 高齢者のみの世帯 <input type="checkbox"/> 自宅で家族と暮らしている <input type="checkbox"/> 他の施設や病院に入っている 施設・病院の名称 所在地 〒 - 入所又は入院期間 平成 年 月から(年 か月) 電話番号 ()				
	入所申込理由	<input type="checkbox"/> 介護する者がいないため <input type="checkbox"/> 介護する者が「高齢」、「障がい」、「疾病」等により十分な介護が困難なため <input type="checkbox"/> 介護する者が就労していることから、(昼間独居となり常時の)十分な介護が困難なため <input type="checkbox"/> 介護する者の身体的・精神的負担が大きく十分な介護ができないため <input type="checkbox"/> 介護する者が遠方に居住していることにより十分な介護ができないため <input type="checkbox"/> 居住環境の事情により十分な介護が困難なため <input type="checkbox"/> 施設や病院等から退所を求められているが自宅での介護が困難なため <input type="checkbox"/> 介護保険の居宅サービス給付の区分支給額を超えており、経済的負担が大きいため <input type="checkbox"/> その他 ()				
	本人の入所意向	<input type="checkbox"/> 入所を希望している <input type="checkbox"/> 迷っている <input type="checkbox"/> 拒否している <input type="checkbox"/> 知らせていない <input type="checkbox"/> 認知力低下により理解困難				

本人の状況	在宅介護継続期間	年 月	居宅サービスの利用の有無			□有(下記も記入してください) □無	
	申込日前月に利用中のサービス(月分)	訪問介護	回/月	訪問入浴	回/月	訪問看護	回/月
		通所介護	回/月	短期入所生活・療養介護	日/月	訪問リハ	回/月
		その他					
	入所希望時期	□早期希望(1~3か月内) □6か月以内 □1年以内 □1年以上()年以内					
	利用している居宅介護支援事業所名	電話番号:	担当ケアマネジャー名				
医療の状況	□経管栄養 □胃ろう □酸素療法 □インスリン自己注射 □ストーマ(人工肛門)処置 □カテーテル □中心静脈栄養 □その他() 現在治療中の病名 _____						
	受診している医療機関 _____ 【特記事項】						
他施設への申込状況	□当該施設のみ申込み □他の施設(特養・老健・療養型・病院)にも申込んで(予定も含む) いる ()箇所 既に申込んでいる施設名 () () 今後申込む予定の施設名 () () 特養待機期間(他施設も含む) 年 月						
主たる介護者の状況	家族構成	□親 □配偶者 □子 □孫 □その他() 計 人					
	(フリガナ)	性別	年齢	本人との関係	続柄() □同居 □別居		
	主たる介護者の氏名	男・女	満歳		住所: 電話番号: ()		
	意見等(介護等で困っていること)	(注:身体的状況(健康状態)や仕事の有無(週の勤務日数及び時間)などを記入してください。)					
同居以外の親族・援助者の有無について							
1. 子 2. 兄弟・親戚等 3. 親族はないが援助者あり 4. 親族・援助者なし							

■注1 介護保険被保険者証・介護保険要介護認定調査票基本調査・直近3か月分のサービス利用表及び別表の写しを添付のこと
注2 要介護度など要件や他施設へ入所されるなどの状況に変化があった場合は、すぐに施設へお知らせください。
注3 必要に応じて申込後の状況について、施設から確認や連絡をすることがあります。
注4 入所希望時期については、入所決定に際して、なんら影響を与えるものではありませんので、ありのままご記入ください。

指定介護老人福祉施設〔特別養護老人ホーム〕入所選考調査票

入所申込者(本人)氏名		被保険者番号							
受付番号		保険者(番号)							

事業所名		連絡先電話番号	
担当ケアマネジャー氏名		職種	

基本的評価基準

ケ ア マ ネ 年 ネ ジ 月 ヤ 日 (記 入 日) 欄	要介護度	介護者の有無	在宅サービスの利用率	地域性	合計
	点数	3・4・5 1・2 (特例入所対象)	・単身 ・高齢者のみ世帯で介護者が要 支援以上の世帯 ・その他の世帯	% □未利用 □入院・入所中	同一市町村・ 圏域内、隣接市

<p>【本人の心身の状況】</p> <p><input type="checkbox"/> 常時の介護や見守りが必要である</p> <p><input type="checkbox"/> 認知症を原因とする昼夜逆転・徘徊等の問題行動があり、 介護者の日常生活に支障がある</p> <p><input type="checkbox"/> 寝たきりにより食事・排泄・入浴等日常生活全般を通じ、介 助が必要である</p> <p><input type="checkbox"/> 多少の一部介助や見守りを必要とする</p> <p><input type="checkbox"/> ほとんど自立による日常生活が可能である</p> <p><input type="checkbox"/> その他 ()</p> <p>【介護者の状況】</p> <p><input type="checkbox"/> 介護者が全くいない</p> <p><input type="checkbox"/> 介護者がいるが他に介護や育児が必要な者がいる</p> <p><input type="checkbox"/> 介護者はいるが十分な介護が困難 (高齢・障がい・疾病・ 就労・その他:)</p> <p><input type="checkbox"/> 介護者が遠隔地にいる</p> <p><input type="checkbox"/> 介護者が近隣にいる</p> <p><input type="checkbox"/> 同居の介護者がいる (人)</p> <p><input type="checkbox"/> その他 ()</p> <p>【在宅生活継続の可能性】</p> <p><input type="checkbox"/> 極めて困難</p> <p><input type="checkbox"/> 在宅サービスを利用しても在宅生活に支障がある</p> <p><input type="checkbox"/> 検討の余地あり</p> <p><input type="checkbox"/> 在宅サービスの利用により在宅生活の継続が期待できる</p> <p><input type="checkbox"/> その他 ()</p> <p>【在宅生活に支障のある状況】</p> <p><input type="checkbox"/> 近くに在宅サービス事業者がなくその利用が困難</p>	<p><input type="checkbox"/> 十分なケア(ナイトケア等)が受けられない</p> <p><input type="checkbox"/> 病院等の入所者で帰る家がない</p> <p><input type="checkbox"/> 介護保険の利用限度額を超えて在宅サービスを自費負担して いるなど経済的理由</p> <p><input type="checkbox"/> その他 ()</p> <p>【住環境】</p> <p><input type="checkbox"/> 居住環境の事情により十分な介護が困難 (住居が狭い等)</p> <p><input type="checkbox"/> 在宅サービスの利用に必要な住環境に支障がある</p> <p><input type="checkbox"/> 施設や病院から退所を求められている</p> <p><input type="checkbox"/> その他 ()</p> <p>【参考項目】</p> <p>・ 家族の負担感</p> <p><input type="checkbox"/> 介護疲れがひどい</p> <p><input type="checkbox"/> 殆どかかわっていない</p> <p><input type="checkbox"/> 在宅サービスを利用しているが介護疲れがある</p> <p><input type="checkbox"/> 在宅サービスの利用にて順調</p> <p><input type="checkbox"/> 在宅サービスの利用ないが順調</p> <p>・ 意思疎通</p> <p><input type="checkbox"/> 慣れた人でも意思疎通は困難</p> <p><input type="checkbox"/> 家族など慣れた人なら問題はない</p> <p><input type="checkbox"/> 特に問題はない</p> <p>・ 入所について</p> <p><input type="checkbox"/> 強く拒否している <input type="checkbox"/> 拒否傾向</p> <p><input type="checkbox"/> 意思確認が困難</p> <p><input type="checkbox"/> 希望はしていないが同意している</p> <p><input type="checkbox"/> 同意している <input type="checkbox"/> 強く望んでいる</p>
--	---

【特記事項】

施設記入欄	年 月 日 (記入日)	医療の必要性	
		同居以外の親族や 支援者の有無	
		在宅介護の可能性 ・介護者の事情	
		家族の 介護負担感	
		住環境の状況	
		その他	

入所申込書受付日		年 月 日	受付番号		入所日	年 月 日
保険者への報告		要 ・ 不要 年 月 日	保険者からの 情報提供	有 無	年 月 日	
施設 記入 欄	年 月 日 (記入日)	要介護度	介護者の有無	在宅サービスの利用率	地域性	合計
		1・2・ 3・4・5	・単身 ・高齢者のみ世帯で介護者が要支援 以上の世帯 ・その他の世帯	% <input type="checkbox"/> 未利用 <input type="checkbox"/> 入院・入所中	同一市町村 圏域内、隣接市	
			点	点	点	点
		【評価すべき個別的事項等】				
施設 記入 欄	年 月 日 (記入日)	要介護度	介護者の有無	在宅サービスの利用率	地域性	合計
		1・2・ 3・4・5	・単身 ・高齢者のみ世帯で介護者が要支援 以上の世帯 ・その他の世帯	% <input type="checkbox"/> 未利用 <input type="checkbox"/> 入院・入所中	同一市町村 圏域内、隣接市	
			点	点	点	点
		【評価すべき個別的事項等】				

入所申込みに係る同意書

指定介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）等入所の申込みにあたり、その手続きについて説明を受け、下記の事項について同意します。

記

- 入所申込みを受けた施設が介護保険の保険者[市町村等]（以下「介護保険者」という）に対し、本申込書の内容及び、施設入所選考に必要な情報を提供すること

- 介護保険者が介護保険サービスの提供に際して、必要な情報を関係する機関又は介護サービス事業者を提供すること

【要介護1又は2で特例入所の要件に該当する人のみ】

- 介護保険者が施設入所選考に際して、保有する情報や、関係する機関又は介護サービス事業者から取得した情報を、施設に対し提供すること

平成 年 月 日

入所申込者（本人） 氏名： _____

家族等代理の方 氏名： _____

主たる介護者の方 氏名： _____

特別養護老人ホーム ケアホームちどり ご利用料金（月額）

◇利用者負担 介護保険料第1段階の方

要介護度	負担割合	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
①ご契約者のサービス料金		257,910	281,310	306,600	329,670	353,070
②うち、介護保険給付金額	負担割合 1割	232,119	253,179	275,940	292,086	312,849
③介護保険自己負担額 (①-②)	負担割合 1割	25,791	28,131	30,660	32,967	35,307
④居住費 (一日当たり 820円)		24,600	24,600	24,600	24,600	24,600
⑤食費 (一日当たり 300円)		9,000	9,000	9,000	9,000	9,000
⑥自己負担額 合計 (③+④+⑤)	負担割合 1割	59,391	61,731	64,260	66,567	68,907

◇利用者負担 介護保険料第2段階の方

要介護度	負担割合	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
①ご契約者のサービス料金		257,910	281,310	306,600	329,670	353,070
②うち、介護保険給付金額	負担割合 1割	232,119	253,179	275,940	292,086	312,849
③介護保険自己負担額 (①-②)	負担割合 1割	25,791	28,131	30,660	32,967	35,307
④居住費 (一日当たり820円)		24,600	24,600	24,600	24,600	24,600
⑤食費 (一日当たり 390円)		11,700	11,700	11,700	11,700	11,700
⑥自己負担額 合計 (③+④+⑤)	負担割合 1割	62,091	64,431	66,960	69,267	71,607

◇利用者負担 介護保険料第3段階の方

要介護度	負担割合	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
①ご契約者のサービス料金		257,910	281,310	306,600	329,670	353,070
②うち、介護保険給付金額	負担割合 1割	232,119	253,179	275,940	292,086	312,849
③介護保険自己負担額 (①-②)	負担割合 1割	25,791	28,131	30,660	32,967	35,307
④居住費 (一日当たり1,310円)		39,300	39,300	39,300	39,300	39,300
⑤食費 (一日当たり 650円)		19,500	19,500	19,500	19,500	19,500
⑥自己負担額 合計 (③+④+⑤)	負担割合 1割	84,591	86,931	89,460	91,767	94,107

◇利用者負担 介護保険料第4段階以上の方

要介護度	負担割合	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
①ご契約者のサービス料金		257,910	281,310	306,600	329,670	353,070
②うち、介護保険給付金額	負担割合 1割	232,119	253,179	275,940	292,086	312,849
	負担割合 2割	203,256	221,712	241,440	256,703	277,149
	負担割合 3割	180,537	196,917	214,620	230,769	247,149
③介護保険自己負担額 (①-②)	負担割合 1割	25,791	28,131	30,660	32,967	35,307
	負担割合 2割	51,582	56,262	61,320	65,934	70,614
	負担割合 3割	77,373	84,393	91,980	98,901	105,921
④居住費 (一日当たり 2,800円)		84,000	84,000	84,000	84,000	84,000
⑤食費 (一日当たり 1,600円)		48,000	48,000	48,000	48,000	48,000
⑥自己負担額 合計 (③+④+⑤)	負担割合 1割	157,791	160,131	162,660	164,967	167,307
	負担割合 2割	183,582	188,262	193,320	197,934	202,614
	負担割合 3割	209,373	216,393	223,980	230,901	237,921

※月30日計算モデル (平成30年4月1日現在のものです)

ご利用料金は、上記の通り、介護保険自己負担額・居住費（家賃）・食費の合計額が基本的な料金となります。

- 理美容代や医療費などは実費をご負担いただくこととなります。
- 居住費や食費は、所得要件、資産要件により軽減の対象となる場合があります。どの段階の負担減免に該当するかは、市区町村が決定することとなります。
- 介護保険自己負担分の金額のなかには、各種加算が含まれます。
- 施設のサービス提供体制やサービス提供の内容により、料金が変動する場合がありますのでご了承ください。
- 料金は、介護保険制度の改定により変更された場合は、それに応じて変更することとなります。
- ③の介護保険自己負担額には、所得に応じて月々の負担の上限が設定されています。