

申込者(連絡先)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。

申込日	令和 年 月 日
受付日	令和 年 月 日

〒 :
住所 :
氏名 :
電話 :

特別養護老人ホームに入所したいので、次のとおり申し込みます。

入所希望者の状況	申し込み先 (入所希望施設)			保険者						
	(フリガナ)		性別	被保険者番号						
	氏名		男・女		要介護度	1	2	3	4	5
	生年月日	大・昭 年 月 日( )歳	要介護 認定期間	年 月 日 から 年 月 日 まで						
	現住所	〒 —								
	現況	<input type="checkbox"/> 自宅で一人で暮らしている <input type="checkbox"/> 自宅で家族と暮らしている <input type="checkbox"/> 特養などの施設や病院に入っている 「施設や病院等に入っている方」は記入して下さい。 ◇施設名又は病院名: _____ ◇所在地(市区名のみ) _____ ◇入所又は入院時期: 年 月から入所・入院している								
	入所を希望する理由(該当するものすべてを選んで下さい)	1. 入所申込ができるのは原則として要介護度3以上の方です。 (要介護度1・2の方については、入所を必要とするやむを得ない理由が必要となることから、次の2欄も回答してください。) <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」、「障害」、「疾病」等により十分な介護が困難なため。 <input type="checkbox"/> 介護者が就労していることから、十分な介護が困難なため。 <input type="checkbox"/> 介護者の身体的・精神的負担が大きく十分な介護が困難なため。 <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"/> その他( ) 2. 要介護度1・2の方については、以下該当するものを回答してください。 <input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 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。 <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。								
	入所希望時期	<input type="checkbox"/> 今すぐ入所したい <input type="checkbox"/> 令和 年 月頃までに入所したい								
	医療の状況	<input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> インシュリン注射 <input type="checkbox"/> その他( ) 【現在までの病歴・怪我、入院の有無など特記事項】								
	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、又は今後他の施設も申し込む予定。 ◇既に申し込んでいる他の施設名 ( ) ( ) ( ) ◇今後申し込む予定の他の施設名 ( ) ( ) ( )								
主たる介護者	(フリガナ)		性別	本人との関係						
	氏名		男・女		生年月日	大・昭・平 年 月 日				
	同居の区分	<input type="checkbox"/> 同居している <input type="checkbox"/> 別居している(住所: _____)								
	意見	【介護をしているうえで困っていること等】								



様式3

入所希望者氏名:

記入日 年 月 日

入所を希望されている方の状態に当てはまる項目全てにチェックを入れ、状況等詳細にご記入ください。

大別	項目	チェック	内容	大別	項目	チェック	内容	
食 事	食事動作		自身で食べられる。	移 動	動作 (該当するもの全て)		起き上がりが1人で出来る	
			ある程度の介助・見守りが必要				起き上がりに介助が必要	
			全て介助している				立ち上がりが1人で出来る	
	食事形態 (該当するもの全て)		普通食				立ち上がりが不安定で介助が必要	
			⇒ お粥・刻み食(大きさ)				歩行安定し、何も掴まらずに1人で歩ける	
			ミキサー食				歩行不安定で見守りや介助が必要	
			経管栄養				目が離せない	
			水分にトロミ使用				選択⇒ 杖・手すり・シルバーカーの使用	
			むせ込みやすい				車いすの方 選択⇒ 自身で動かせる・介助が必要	
		食べこぼしが多い					有 選択⇒ 骨折の有・無	
毎回の食事摂取量			転倒歴			骨折の部位・時期など→		
食事に関する特記事項						無		
排 泄	排泄動作		自身でトイレに行かれ、問題なく済ませる	コ ミ ュ ニ ケー ション	会 話		話しかけに的確に返答できる	
			トイレの失敗があるため、確認が必要				返答できないが内容を理解できる	
			移動や排泄動作の全てに介助が必要				話した内容をすぐに忘れてしまう	
			選択⇒ おむつ・リハビリパンツ・普通下着				話しの辻褄が合わず、会話にならない	
			ポータブルトイレを使用している				話しかけに反応ができない	
	尿意・便意		ある(⇒自身で向う 介助の依頼がある)		聴 力		普通の声量で聞こえる	
			ない(確認や定期的な誘導・介助が必要)				大きめの声で聞こえる	
	トイレ回数	日中	夜間				耳元で話さないと聞こえない	
	オムツ交換回数	日中	夜間				全く聞こえない(左・右)	
	排泄に関する特記事項					視 力		問題なし
					問題あり(具体的に )			
入 浴	入浴方法		自宅で一人で入浴	コ ミ ュ ニ ケー ション に 関 する 特 記 事 項	認 知 も 症 の 全 て に よ る 症 状 す る ( 該 当 す る		意欲低下	不潔行為
			自宅で家族などの介助で入浴				物忘れ	妄想
			施設など利用する時に入浴				昼夜逆転	幻覚
	施設での入浴方法		一般浴槽				帰宅願望	幻聴
		機械浴		徘徊	異食			
入浴に関する特記事項						収集癖	暴言・暴力	
日中の過ごし方						介護拒否・抵抗	感情が不安定	
夜間の睡眠状況							その他( )	
身長	cm	体重	kg	その他特記事項				

※個人情報取り扱いについては、必要最低限の情報を用いることをお約束いたします。

施設内における入所判定に関してのみ使用することとし、無断使用は一切致しません。

愛生苑問い合わせ先:047-459-8887

## 特別養護老人ホーム愛生苑《料金表》 令和6年6月～7月改定版

	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
介護福祉施設サービス費	589 単位	659 単位	732 単位	802 単位	871 単位
看護体制加算 I	4 単位	4 単位	4 単位	4 単位	4 単位
夜勤職員配置加算 I	13 単位	13 単位	13 単位	13 単位	13 単位
日常生活継続支援加算	36 単位	36 単位	36 単位	36 単位	36 単位
介護保険1日分合計単位数	642 単位	712 単位	785 単位	855 単位	924 単位
介護保険31日分合計単位数	19,902 単位	22,072 単位	24,335 単位	26,505 単位	28,644 単位
栄養マネジメント強化加算/日	11 単位	11 単位	11 単位	11 単位	11 単位
高齢者施設等感染対策向上加算Ⅱ/月	5 単位	5 単位	5 単位	5 単位	5 単位
科学的介護推進体制加算Ⅱ/月	50 単位	50 単位	50 単位	50 単位	50 単位
介護職員等処遇改善加算 I (合計単位数の14%)	2,842 単位	3,146 単位	3,462 単位	3,766 単位	4,066 単位
1か月分介護保険合計	23,140 単位	25,614 単位	28,193 単位	30,667 単位	33,106 単位
自己負担額(1割負担分) 八千代市 1単位=10.45円	24,181 円	26,767 円	29,462 円	32,047 円	34,596 円
自己負担額(2割負担分)	48,363 円	53,533 円	58,923 円	64,094 円	69,192 円
自己負担額(3割負担分)	72,544 円	80,300 円	88,385 円	96,141 円	103,787 円
食費(1日)	1,700 円	1,700 円	1,700 円	1,700 円	1,700 円
居住費(1日)	855 円	855 円	855 円	855 円	855 円
おやつ代(1日)	80 円	80 円	80 円	80 円	80 円
1か月分総額(負担割合1割)	105,866 円	108,452 円	111,147 円	113,732 円	116,281 円
1か月分総額(負担割合2割)	130,048 円	135,218 円	140,608 円	145,779 円	150,877 円
1か月分総額(負担割合3割)	154,229 円	161,985 円	170,070 円	177,826 円	185,472 円

※上記金額は、あくまで目安となり、四捨五入・切り捨てなど計算過程で若干の誤差が生じます。

負担割合に関しましては、お手持ちの【介護保険負担割合証】をご確認ください。

その他に【介護保険負担限度額認定証】をお持ちの方は、上記金額から減額となります。

※上記金額の他に発生するご負担として、病院受診や薬剤処方など医療に関する費用

その他、外泊・入院時費用(1日246単位、月またぎで最大12日間、介護保険上の加算)

※新規入所時に発生するご負担 ・初期加算(1日30単位、初め30日間、介護保険上の加算)

・安全対策体制加算(入所時に1回20単位、介護保険上の加算)

※介護・生活上で個別に必要な物品購入やサービスについては、別途個人負担となります。

例：理容 1回1,600円、美容 1回1,700円