

入所申込書の送付について

入所希望者様へ

入所申込みに関するご案内

この度は、当特別養護老人ホームへ入所のお問い合わせを頂き誠にありがとうございます。

入所申込みに関する書類を送付致しますので、下記の書類にご記入の上、当施設までご返送、または持参頂くようお願い致します。

- (1) 特別養護老人ホームくつろぎ・くつろぎユニット入所申込書
- (2) 介護保険被保険者証（コピー）
- (3) 介護保険負担割合証（コピー）

他、介護保険負担限度額認定証もありましたらコピーをお願いします。

入所申込書・調査票は記入漏れの無いようお願い致します。記入漏れがあった場合正確な評価が出来ませんのでご注意ください。

なお、折角お申込みを頂きましたも、何分にも多数の方が順番待ちをされておりますので、ご入所いただけるまでには相当の期間を要することになります。その点は、くれぐれもご了知おき下さいますよう、ご理解の程、宜しくお願い申し上げます。

<宛先>

〒090-0833

北見市とん田東町444番地1 特別養護老人ホームくつろぎ

生活相談員 田村沙織・阿部淳子・亀山直樹

北見市とん田東町381番地16 特別養護老人ホームくつろぎユニット

生活相談員 原 知子

(TEL0157-33-5537、FAX0157-24-7733)

特別養護老人ホーム くつろぎ・くつろぎユニット 入所申込書

申込日： 年 月 日 (相談員担当者：)

入所希望者の状況	氏名	(ふりがな)		(家族構成図)				
				(男・女)				
	生年月日	大正・昭和	年	月	日	(歳)		
	住所							
	介護保険	被保険者番号	保険者： <input type="checkbox"/> 北見市 <input type="checkbox"/> その他の市町村 () (No.)					
		要介護度	要介護 1 2 3 4 5 申請済 区分変更中					
		有効期間	年 月 日 ~ 年 月 日					
		認定年月日	年 月 日				負担割合 1割 2割 3割	
		負担限度額	無・有 (段階)				担当ケアマネジャー：	
	健康保険証	<input type="checkbox"/> 後期高齢者	<input type="checkbox"/> 社保	<input type="checkbox"/> 国保	<input type="checkbox"/> 生活保護	<input type="checkbox"/> 重身・障害	<input type="checkbox"/> 特定疾患	
年金の種類	<input type="checkbox"/> 国民年金 (年額： 円) <input type="checkbox"/> 厚生年金 (年額： 円) <input type="checkbox"/> 遺族年金 (年額： 円) <input type="checkbox"/> その他 (:年額： 円)							
現況	<input type="checkbox"/> 自宅で1人暮らし <input type="checkbox"/> 65歳以上の家族と同居							
	<input type="checkbox"/> 65歳以下の家族と同居 (世帯分離も含む)							
	<input type="checkbox"/> 老健等施設や病院に入っている							
	*施設名または病院名：							
*入所または入院時期： 年 月 日から入所・入院している								
入所希望理由 (該当項目を全て選んでください)	<input type="checkbox"/> ① 施設入所により安心した生活を送りたい							
	<input type="checkbox"/> ② 寝たきりなどにより、食事、排泄、入浴等日常生活全般に介助が必要							
	<input type="checkbox"/> ③ 認知症などにより常時の見守り、介助が必要							
	<input type="checkbox"/> ④ 施設や病院などから退所を求められているが、自宅での生活が困難							
	<input type="checkbox"/> ⑤ 介護者がいない、介護者が入院等で介護できない							
	<input type="checkbox"/> ⑥ 介護者が、高齢、疾病、育児、就労、別居などのため、介護が困難							
	<input type="checkbox"/> ⑦ 利用したい在宅サービスが十分でない (夜間訪問介護など)							
	<input type="checkbox"/> ⑧ 介護保険の限度額を超える等、経済的負担が大きい							
	<input type="checkbox"/> ⑨ 在宅が介護に適さない (狭い、改修不可など)							
	<input type="checkbox"/> ⑩ 住宅環境が在宅サービス利用に適さない (立地・地形上等)							
	<input type="checkbox"/> ⑪ その他の理由 (具体的にお書きください)							
入所を希望する時期	<input type="checkbox"/> 今すぐ入所したい <input type="checkbox"/> 3か月くらい先に入所したい <input type="checkbox"/> 半年くらい先に入所したい <input type="checkbox"/> 将来的な事を考えての申し込み <input type="checkbox"/> 将来的に必要な時に入所したい							
申込状況	<input type="checkbox"/> くつろぎ (<input type="checkbox"/> 多床室 / <input type="checkbox"/> 個室 / <input type="checkbox"/> どちらでも良い) <input type="checkbox"/> くつろぎユニット (ユニット型個室) *両施設申し込みも可能です。 <input type="checkbox"/> 他の施設にも申し込んでいる () () ()							
施設見学	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 見学場所 (特養くつろぎ ・ 特養くつろぎユニット)							
ご家族様連絡先	氏名	(ふりがな)		(続柄)				
	住所							
	電話	(自宅)		(携帯番号)				

麻痺	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある (左上肢 ・ 右上肢 ・ 左下肢 ・ 右下肢)		
移動	<input type="checkbox"/> できる (杖 ・ 歩行器 ・ 手引き ・ 見守り ・ 安定 ・ 不安定) <input type="checkbox"/> できない		
	<input type="checkbox"/> 車椅子 (操作できる ・ できない ・ 一部介助) <input type="checkbox"/> リクライニング車椅子		
	<input type="checkbox"/> ストレッチャー ・ ベッド		
	<input type="checkbox"/> 転倒 (よくある ・ たまにある ・ ない)		
食事	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 経管栄養 (鼻腔 ・ 胃瘻)		
	【主食】 <input type="checkbox"/> ご飯 <input type="checkbox"/> おかゆ <input type="checkbox"/> ミキサー		
	【副食】 <input type="checkbox"/> 常食 <input type="checkbox"/> 一〇大 <input type="checkbox"/> ザミ <input type="checkbox"/> ソフト食 <input type="checkbox"/> ミキサー食		
	【飲み込み】 <input type="checkbox"/> むせない <input type="checkbox"/> 時々むせる <input type="checkbox"/> よくむせる		
	【水分トロミ】 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		
	【義歯】 <input type="checkbox"/> 部分入れ歯 (上 ・ 下) <input type="checkbox"/> 総入れ歯 (上 ・ 下) <input type="checkbox"/> なし		
排泄	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 【オムツ ・ トイレ ・ 尿瓶 ・ ポータブルトイレ ・ Baカテーテル留置】を使用		
入浴	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		
視力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 弱視 <input type="checkbox"/> 見えない (眼鏡使用 あり / なし)		
聴力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> やや難聴 <input type="checkbox"/> 難聴 (補聴器使用 あり / なし)		
意思疎通	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 特別な場合を除いてできる <input type="checkbox"/> 日常的に困難 <input type="checkbox"/> できない		
発語	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> やや不自由 <input type="checkbox"/> 不自由		
理解力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> わかりにくい <input type="checkbox"/> わからない		
認知症	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()		
周辺症状	<input type="checkbox"/> 被害妄想 <input type="checkbox"/> 幻覚 ・ 幻聴 <input type="checkbox"/> 暴言 ・ 暴行 <input type="checkbox"/> 作話 <input type="checkbox"/> 介護抵抗		
	<input type="checkbox"/> 昼夜逆転 ・ 不眠 <input type="checkbox"/> 収集癖 <input type="checkbox"/> 異食 <input type="checkbox"/> 火の扱い <input type="checkbox"/> 不潔行為		
	<input type="checkbox"/> 帰宅願望 <input type="checkbox"/> 徘徊 ・ 離施設 <input type="checkbox"/> その他		
性格	<input type="checkbox"/> 朗らか <input type="checkbox"/> わがまま <input type="checkbox"/> 気にしやすい <input type="checkbox"/> 頑固 <input type="checkbox"/> 無口		
	<input type="checkbox"/> 親しみやすい <input type="checkbox"/> 几帳面 <input type="checkbox"/> とけ込めない <input type="checkbox"/> 短期		
医療行為	<input type="checkbox"/> 喀痰吸引 (回) <input type="checkbox"/> 経管栄養 (胃瘻 ・ 鼻腔 ・ ミトンあり / なし) <input type="checkbox"/> 酸素療法		
	<input type="checkbox"/> ストマ (人工肛門) <input type="checkbox"/> 尿カテーテル <input type="checkbox"/> インスリン (回 / 朝 ・ 昼 ・ 夕)		
現在治療中の病気	病名	病院名	期間
	①		年 月 日 ~ 年 月 日
	②		年 月 日 ~ 年 月 日
	③		年 月 日 ~ 年 月 日
	④		年 月 日 ~ 年 月 日
過去の入院歴・治療歴	⑤		年 月 日 ~ 年 月 日
	①		年 月 日 ~ 年 月 日
	②		年 月 日 ~ 年 月 日
	③		年 月 日 ~ 年 月 日
延命希望 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし			
施設での看取り希望 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし (希望場所 :)			
* 当施設では、蘇生行為 (心臓マッサージなど) や積極的治療は行えません。			
【介護上での悩み・困っていること】			

施設入所 利用料金表 (従来型 多床室・個室)

単位：円

ご契約者の要介護度とサービス利用料金		要介護 3	要介護 4	要介護 5			
基本料金		712	780	847			
日常生活継続支援加算		36	36	36			
夜勤職員配置加算(Ⅲ)口		16	16	16			
栄養マネジメント強化加算		11	11	11			
看護体制加算 (Ⅰ) 口		4	4	4			
看護体制加算 (Ⅱ) 口		8	8	8			
計		787	855	922			
小計		23,610	25,650	27,660			
介護職員処遇改善加算Ⅰ 8.3%		1,960	2,129	2,296			
特定処遇改善加算 (Ⅰ) 2.7%		637	693	747			
介護職員等への「アップ」等支援加算 1.6%		378	410	443			
サービス費合計		26,585	28,882	31,145			
30日計算	① 第1段階 (生活保護受給者等)	15,000	15,000	15,000	高額介護 サービス費 限度額	15,000	
	② 第2段階 (非課税世帯80万円以下)	15,000	15,000	15,000		15,000	
	③ 第3段階① (非課税世帯80万円超～)	24,600	24,600	24,600		24,600	
	④ 第4段階 第1-3段階に該当しないもの	26,585	28,882	31,145		44,400	
	⑤ 第4段階 2-3割 383万円-770万円	44,400	44,400	44,400		44,400	
	⑥ 第4段階 3割 770万円-1160万円	79,755	86,646	93,000		93,000	
	⑦ 第4段階 3割 1160万円以上	79,755	86,646	93,435		140,100	
負担限度額		多床室			個室		
		食費	居住費	30日計算	食費	居住費	30日計算
①	第1段階	300	0	9,000	300	320	18,600
②	第2段階 「貯蓄650万円以下」	390	370	22,800	390	420	24,300
③	第3段階①「貯蓄550万円以下」 (非課税世帯80万円超～120以下)	650	370	30,600	650	820	44,100
④	第3段階②「貯蓄500万円以下」 (非課税世帯120万円超)	1,360	370	51,900	1,360	820	65,400
⑤	第4段階 「貯蓄1000万円以上」	1,445	900	70,350	1,445	1,400	85,350

「 」内は単身者の貯蓄額。配偶者と第2号被保険者は「1000万円以下」が該当。

施設入所 利用料金表	要介護 3	要介護 4	要介護 5	要介護 3	要介護 4	要介護 5
①+①	24,000	24,000	24,000			
②+②	37,800	37,800	37,800	39,300	39,300	39,300
②+③	45,600	45,600	45,600	59,100	59,100	59,100
②+④	66,900	66,900	66,900	80,400	80,400	80,400
②+⑤	85,350	85,350	85,350	100,350	100,350	100,350
③+③	55,200	55,200	55,200	68,700	68,700	68,700
③+④	76,500	76,500	76,500	90,000	90,000	90,000
③+⑤	94,950	94,950	94,950	109,950	109,950	109,950
④+⑤	96,935	99,232	101,495	111,935	114,232	116,495
⑤+⑤	114,750	114,750	114,750	129,750	129,750	129,750
⑥or⑦+⑤	150,105	156,996	163,350	165,105	171,996	178,350

特別養護老人ホームくつろぎユニット

R3.8.~

施設入所 利用料金表 (ユニット型個室) 単位:円

ご契約者の要介護度とサービス利用料金		要介護 3	要介護 4	要介護 5		
基本料金		793	862	929		
日常生活継続支援加算		46	46	46		
夜勤職員配置加算(Ⅳ)イ		33	33	33		
看護体制加算 (Ⅰ) イ		6	6	6		
看護体制加算 (Ⅱ) イ		13	13	13		
計		891	960	1,027		
30日小計		26,730	28,800	30,810		
介護職員処遇改善加算Ⅰ 8.3%		2,219	2,390	2,557		
特定処遇改善加算 (Ⅰ) 2.7%		722	778	832		
サービス費合計		29,670	31,968	34,199		
30日計算	① 第2段階 (非課税世帯80万円以下)	15,000	15,000	15,000	高額介護 サービス費	15,000
	② 第3段階① (非課税世帯80万円超~)	24,600	24,600	24,600		24,600
	③ 第4段階 第1-3段階に該当しないもの	29,670	31,968	34,199		44,400
	④ 第4段階 2割・3割 383万円-770万円	44,400	44,400	44,400		44,400
	⑤ 第4段階 3割 770万円-1160万円	89,011	93,000	93,000		93,000
	⑥ 第4段階 3割 1160万円以上	89,011	95,904	102,597		140,100
負担限度額		食費	居住費	30日計算		
①	第2段階 「650万円以下」	390	820	36,300		
②	第3段階① (非課税世帯80万円超~120以下) 「550万円以下」	650	1,310	58,800		
③	第3段階② (非課税世帯120万円超) 「500万円以下」	1,360	1,310	80,100		
④	第4段階 「1000万円以上」	1,445	2,006	103,530		

「 」内は単身者の貯蓄額。配偶者と第2号被保険者は「1000万円以下」が該当。

施設入所 利用料金表	要介護 3	要介護 4	要介護 5
①+①	51,300	51,300	51,300
①+②	73,800	73,800	73,800
①+③	95,100	95,100	95,100
①+④	118,530	118,530	118,530
②+②	83,400	83,400	83,400
②+③	104,700	104,700	104,700
②+④	128,130	128,130	128,130
③+④	133,200	135,498	137,729
④+④	147,930	147,930	147,930
⑤+④	192,541	196,530	196,530
⑥+④	192,541	199,434	206,127

待機者情報提供に係る同意書

北見市長様

入所申込をするにあたり、下記の事項について当施設に対して情報提供することに同意いたします。

記

・情報提供いただく事項

入所希望される方の { ①被保険者番号 ②現住所 ③氏名 ④性別
⑤生年月日 ⑥要介護度 ⑦世帯状況
⑧介護者の状況 ⑨待機場所（自宅・病院等）
⑩在宅サービスの利用状況

年 月 日

入所希望施設名：特別養護老人ホーム くつろぎ・くつろぎユニット

入所希望者

被保険者番号： _____
住 所： _____
氏 名： _____ 印
生年月日：明・大・昭・平 年 月 日

代理人

住 所： _____
氏 名： _____ 印
続 柄： _____
電 話 番 号： _____

入所申し込み兼待機者情報提供に係る同意書

特別養護老人ホーム くつろぎ・くつろぎユニット 施設長 様

入所申込をするにあたり、下記の事項について当施設に対して情報提供することに同意いたします。

記

1. 目的

- ① 北見市が策定する介護保険事業計画等の基礎資料のため。
- ② 北見市内の特別養護老人ホーム等が最新の情報を把握することにより円滑に入所手続きを行うため。

2. 情報提供いただく事項

入所希望される方の { ①被保険者番号 ②現住所 ③氏名 ④性別
⑤生年月日 ⑥要介護度 ⑦世帯状況
⑧介護者の状況 ⑨待機場所（自宅・病院等）
⑩在宅サービスの利用状況

年 月 日

入所希望施設名：特別養護老人ホーム くつろぎ・くつろぎユニット

入所希望者

被保険者番号： _____
住 所： _____
氏 名： _____ 印
生年月日：明・大・昭・平 年 月 日

代理人

住 所： _____
氏 名： _____ 印
続 柄： _____
電 話 番 号： _____