

指定介護老人福祉施設(特別養護老人ホーム)入所申込書

申込日 令和 年 月 日

指定介護老人福祉施設:特別養護老人ホーム 爽 施設長 沼里進 様

申込者	住所	〒	
<input type="checkbox"/> ご本人	ふりがな		本人との続柄
<input type="checkbox"/> ご家族	氏名		
<input type="checkbox"/> 代理人	電話番号	()	

次の者が貴施設に入所したいので申し込みます。

ふりがな		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	年齢	歳	
ご本人の氏名		生年月日	年 月 日			
本人の現住所	〒	電話番号	()			
郵便等の送付先	<input type="checkbox"/> 同上 <input type="checkbox"/> 上記以外	住所	〒			
要介護認定状況	被保険者番号(右詰め)		保険者			
	要介護度	<input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2 ※市町村への照会: 年 月 日 結果: <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可 <input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5				
	認定期間	年 月 日 ~ 年 月 日				
介護者の状況	ふりがな		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	続柄	
	氏名		生年月日	年 月 日	年齢 歳	
	居住状況	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居(住所)				
	疾病	<input type="checkbox"/> あり(具体的な症状や治療の頻度) <input type="checkbox"/> なし				
	就労	<input type="checkbox"/> 働いている <input type="checkbox"/> 自営業 <input type="checkbox"/> 会社等勤務(<input type="checkbox"/> 常勤 <input type="checkbox"/> パート等) <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> 働いていない(<input type="checkbox"/> 介護に専念 <input type="checkbox"/> 高齢 <input type="checkbox"/> 健康不安 <input type="checkbox"/> その他()				
	複数介護	<input type="checkbox"/> 申込者以外の介護や育児あり(具体的に:) <input type="checkbox"/> なし				
指定居宅介護サービス	<input type="checkbox"/> 指定居宅サービスを利用している(ただし、福祉用具貸与は除く) <input type="checkbox"/> 利用していない					
	<input type="checkbox"/> 訪問介護 <input type="checkbox"/> 訪問入浴 <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 訪問リハビリ <input type="checkbox"/> 通所介護 <input type="checkbox"/> 通所リハビリ <input type="checkbox"/> 短期入所 上記サービスの週当たりの利用日数 <input type="checkbox"/> 1~2日 <input type="checkbox"/> 3~4日 <input type="checkbox"/> 5~7日					
住居環境	住居形態	<input type="checkbox"/> 戸建住宅(<input type="checkbox"/> 平屋 <input type="checkbox"/> 2階建)		<input type="checkbox"/> アパート・マンション(階/エレベーター <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無)		
	介護環境	特記事項(トイレや浴室等)				
現在入所中の施設名 在宅生活について	現在の住居	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 老健 <input type="checkbox"/> 有料 <input type="checkbox"/> グループホーム <input type="checkbox"/> サ高住 <input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> その他()				
	病院名 施設名	住所	〒	-	入院等の時期(令和 年 月頃) 電話番号 ()	
	退院等の 見込み	<input type="checkbox"/> 退院(所)を勧められている <input type="checkbox"/> 退院(所)したい(<input type="checkbox"/> 病気が治った <input type="checkbox"/> 金銭負担が重い)				
	在宅生活 困難理由					
特筆すべき事項 (特例入所の要件関連)	<input type="checkbox"/> 認知症があり、日常生活に支障を来している		<input type="checkbox"/> 知的障がい、精神障がい等を伴い、日常生活に支障を来している		<input type="checkbox"/> 単身世帯等で家族等による支援が期待できない <input type="checkbox"/> 上記の状態が介護者の急死等で発生	
	<input type="checkbox"/> 上記で、重度(認知症自立度がⅢA以上)である		<input type="checkbox"/> 家族等による深刻な虐待が疑われる			
医療的処置の状況	現病名や既往歴					
	医療的処置の状況	<input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> たんの吸引 <input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> インスリン注射 <input type="checkbox"/> カテーテル留置 <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> 褥瘡 <input type="checkbox"/> 点滴 <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 胃瘻 <input type="checkbox"/> その他()				
参考事項	指定居宅介護支援事業所名			担当ケアマネジャー		
	他施設への申込	<input type="checkbox"/> 当施設のみに申込み <input type="checkbox"/> 他の施設にも申込んでいる		<input type="checkbox"/> これから他の施設にも申込み		
	※ 既に申込んでいる施設名:					
	入所時期の希望	<input type="checkbox"/> 今すぐにでも入所したい <input type="checkbox"/> 1年以内に入所したい <input type="checkbox"/> 年 月頃入所したい				
健康保険種別	<input type="checkbox"/> 社保 <input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 後期高齢者		年金種別	<input type="checkbox"/> 障害 <input type="checkbox"/> 遺族 (万円/2ヶ月)		

注)介護保険の被保険者証をご持参の上、施設に提示して下さい。

■ 施設サービス費 料金表

特別養護老人ホーム シェーンハイム 爽
 【介護保険事業者番号：0372201160】 令和6年8月1日

●多床室（4人部屋）

介護度	施設サービス費			食費	居住費	教養娯楽費	合計額 (食費・居住費・教養娯楽費込) ※月額は30日で算出					
	1割負担	2割負担	3割負担				1割負担	2割負担	3割負担			
3	732円	1,464円	2,196円	* 1,780円	* 915円	40円	1日	3,467円	1日	4,199円	1日	4,931円
							月額	104,010円	月額	125,970円	月額	147,930円
4	802円	1,604円	2,406円	第1段階 300円	第1段階 0円	40円	1日	3,537円	1日	4,339円	1日	5,141円
				第2段階 390円	第2段階 430円		月額	105,679円	月額	130,170円	月額	154,230円
5	871円	1,742円	2,613円	第3段階①650円	第3段階 430円	40円	1日	3,606円	1日	4,477円	1日	5,348円
				第3段階②1360円			月額	107,756円	月額	135,067円	月額	160,440円

●多床室（2人部屋・4人部屋）

介護度	施設サービス費			食費	居住費	教養娯楽費	合計額 (食費・居住費・教養娯楽費込) ※月額は30日で算出					
	1割負担	2割負担	3割負担				1割負担	2割負担	3割負担			
1	589円	1,178円	1,767円	* 1,780円	* 915円	40円	1日	3,324円	1日	3,913円	1日	4,502円
				第1段階 300円	第1段階 0円		月額	99,720円	月額	117,390円	月額	135,060円
2	659円	1,318円	1,977円	第2段階 390円	第2段階 430円	40円	1日	3,394円	1日	4,053円	1日	4,712円
				第3段階①650円	第3段階 430円		月額	101,820円	月額	121,590円	月額	141,360円
				第3段階②1360円								

●個室（従来型）

介護度	施設サービス費			食費	居住費	教養娯楽費	合計額 (食費・居住費・教養娯楽費込) ※月額は30日で算出					
	1割負担	2割負担	3割負担				1割負担	2割負担	3割負担			
3	732円	1,464円	2,196円	* 1,780円	* 1,231円	40円	1日	3,783円	1日	4,515円	1日	5,247円
				月額	113,490円		月額	135,450円	月額	157,410円		
4	802円	1,604円	2,406円	第1段階 300円	第1段階 380円	40円	1日	3,853円	1日	4,655円	1日	5,457円
				第2段階 390円	第2段階 480円		月額	115,590円	月額	139,650円	月額	163,710円
5	871円	1,742円	2,613円	第3段階①650円	第3段階 880円	40円	1日	3,922円	1日	4,793円	1日	5,664円
				第3段階②1360円	月額		117,660円	月額	143,790円	月額	169,920円	

●個室（従来型）

介護度	施設サービス費			食費	居住費	教養娯楽費	合計額 (食費・居住費・教養娯楽費込) ※月額は30日で算出					
	1割負担	2割負担	3割負担				1割負担	2割負担	3割負担			
1	589円	1,178円	1,767円	* 1,780円	* 1,231円	40円	1日	3,640円	1日	4,229円	1日	4,818円
				第1段階 300円	第1段階 380円		月額	109,200円	月額	126,870円	月額	144,540円
2	659円	1,318円	1,977円	第2段階 390円	第2段階 480円	40円	1日	3,710円	1日	4,369円	1日	5,028円
				第3段階①650円	第3段階 880円		月額	111,300円	月額	131,070円	月額	150,840円
				第3段階②1360円								