

社会福祉法人 あやまユートピア 特別養護老人ホーム むくもり園 入所申込書

申込日 令和 年 月 日

入所申込者(本人)の状況

フリガナ		性別	要介護度	1・2・3・4・5
ご氏名		男・女	介護認定有効期間	令和 年 月 日～
				令和 年 月 日
生年月日	大・昭 年 月 日(歳)	被保険者番号	
		保険者番号		保険者名
ご住所	〒 電話 - -			
本人の状況	<input type="checkbox"/> 認知症のため常時の見守り、介護が必要 <input type="checkbox"/> 過去3ヶ月以内に何らかの在宅サービスを利用したことがある <input type="checkbox"/> 施設や病院に入所(入院)中			
	入所(入院) 期間		施設(病院) 名 (科)	
	年 月 ~ 年 月			
	年 月 ~ 年 月			
本人の状況	<input type="checkbox"/> 胃瘻・人口肛門・カテーテル・インスリン注射・たんの吸引・床ずれの処置 その他()の医療的ケアを要する			
現在利用中 居宅サービス	<input type="checkbox"/> デイサービス <input type="checkbox"/> ショートステイ <input type="checkbox"/> 訪問介護 <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 訪問入浴			
申し込み 状況	※すでに申し込まれている施設があれば記入をお願いします			
部屋の 希望	<input type="checkbox"/> 個室希望 <input type="checkbox"/> 多床室希望 <input type="checkbox"/> どちらでもよい			
担当介護 支援専門員 氏名		事業 所名		
入所希望時期	<input type="checkbox"/> 緊急 <input type="checkbox"/> なるべく早く (年 月頃まで)			
申請者	氏名			
	(続柄)			
	住所 〒			
	電話 - -			受付印
	携帯電話 - -			
勤務先等 - -				

※裏面の記入もお願いします

世帯の状況

- 介護者がいない(一人暮らし)
 - 本人を含む家族全員が65歳以上の世帯(高齢者世帯)
 - 介護者はいるが、疾病、傷病、認知症、障害、複数介護、育児、就労、家族が病気などの介護困難事情のため十分な介護ができない
- ※同居している家族等

氏名	年齢	本人との関係	介護困難事情

主たる介護者の意見

- 介護上の悩みや困っていることなどを記入してください。
- 常時の介護や見守りが必要である。
 - 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あり
 - 寝たきりにより食事・排泄・入浴など日常生活を通じ、介助が必要である。
 - 在宅サービスを利用しても在宅生活に支障がある。
 - 介護疲れがひどい。
 - 慣れた人でも意思疎通は困難
 - その他

他

入所申請待機登録者における個人情報の取扱に関する同意書

令和 年 月 日

社会福祉法人あやまユートピア
理事長 生田 邦夫 様

入所希望者 住 所.....
氏 名.....

【同意者が本人以外の方の場合は、下記に署名して下さい。】

住 所.....
氏 名.....

入所者との続柄(本人 ・)

私は 令和 年 月 日 (「入所申請書」の提出日) 指定介護老人福祉施設 特別養護老人ホーム ぬくもり園(以下、事業所とする。)への入所申請において、私及び入所希望者の個人情報を事業所が個人情報保護規程並びに下記の利用目的に基き、取扱い、目的以外の利用、情報の漏洩等の防止に留意し、取り扱うことに同意します。

なお、入所申請取り消し後においても、同様に取扱うことにも同意します。

記

1. 利用目的 入所順位 (入所基準点) の見直しの調査

6ヶ月に1回(年2回)の予定で行う入所順位(入所基準点)の見直しの調査において、事業所は基本的には家族(入所申請者等)、入所希望者(本人)へ下記の調査事項を聴取し調査を行うが、下記の他機関の職員へも聴取し調査を行う。

2. 他機関の職員へも聴取し調査を行う場合

I. 調査時において入所希望者(本人)が長く医療機関、老人保健施設、グループホーム、介護老人福祉施設、養護老人ホーム等へ入院、入所されている場合、その入院、入所先の担当されている介護支援専門員、相談員、看護師等の職員

【調査事項】

① 要介護度 ② 認知症による行動 ③ 医療的管理状況 ④ 家族等介護者の状況

II. 調査時において自宅に居られるが家族(入所申請者等)より下記の調査事項が聴取できない場合、担当されている介護支援専門員

【調査事項】

① 要介護度 ② 認知症による行動 ③ 医療的管理状況 ④ 家族等介護者の状況

⑤ 直近3ヶ月の居宅サービスの利用状況

入所申請受付における留意事項並びに必要な添付書類について（ご案内）

このご案内書は申請者様がお持ち下さい

入所希望者様並びに入所申請者様へ

この度、当事業所の入所申請のお問い合わせ誠に有り難うございます。

別紙の「社会福祉法人あやまユートピア 特別養護老人ホームぬくもり園 入所申込書」、「入所申請待機登録者における個人情報の取り扱いに関する同意書」をご記載、下記の必要書類を添付のうえ提出頂きますことをお願い申し上げます。直に入所順位（入所基準点）の調査を行ない入所申請待機者として登録させていただきます。

また、下記留意事項をご確認頂き、今後、内容変更等がございましたら随時ご連絡を頂きますことを重ねてお願い申し上げます。

なお、ご不明な点がございましたら下記お問い合わせ先までご連絡ください。

記

【留意事項】

1. 別紙「入所申込書」は、ご記載のうえコピーし各自保管頂き、他施設への入所、死亡等により当事業所への入所申請の必要がなくなった場合には、別紙「特別養護老人ホームぬくもり園 入所申込の取消依頼書」の提出又は電話により必ず申請取り消しのご連絡をください。
2. 申請後に要介護度に変更があった場合は随時、ご連絡をください。それにより、入所待機順位の見直しを行ないます。
3. 下記の必要添付書類が揃っていない場合や、「入所申込書」、「個人情報の取り扱いに関する同意書」に記載漏れが認められる場合は、入所待機者としての登録が頂けなく再提出の必要がございます。
4. 「入所申込書」の受付は来園又は郵送のみとし、FAXでの受付は致しません。

【必要な添付書類】

① 介護保険被保険者証（写し）1通、後期高齢者医療被保険者（写し）1通

現在（入所申請時において）、新規・変更申請中等にて介護保険証（写し）が提出できない場合は、介護保険証が手元に届き次第ご提出ください。

また、生活保護受給者の方におかれましては、後期高齢者医療被保険者（写し）の提出の必要はありません。

② 介護保険負担割合証（写し）1通、介護保険負担限度額認定証（写し）1通

限度額認定証は適用されている方のみが対象となります。適用外の方は提出の必要はございません。

③ 直近3ヶ月の介護保険の「サービス利用票別表」（写し）各月毎にて1通

※現在、デイサービス・ショートステイ・訪問介護・訪問看護等のサービスを利用して頂いている方が対象となります。

④ 別紙「介護支援専門員等の意見書」

担当されている介護支援専門員等に別紙「介護支援専門員等の意見書」の作成を依頼し、ご提出下さい。

《お問い合わせ先》

〒518-1313 三重県伊賀市馬場 600 番地

社会福祉法人 あやまユートピア

特別養護老人ホームぬくもり園 ☎0595-43-2300

介護支援専門員等の意見書

令和 年 月 日現在

入所申込者氏名	
介護保険被保険者番号	

1. 在宅(現在の居住地)での介護の継続について(いずれが1つに○)

- () 現在の状況で継続可能
 () 居宅サービスの追加等で継続可能
 () 在宅(現在の居住地)での介護の継続は困難 下記にその理由を記載

<p>-----</p> <p>-----</p> <p>-----</p>
--

2. 特記事項

(1) 本人の生活等の状況

<p>-----</p> <p>-----</p>

(2) 家族等介護者の状況

<p>-----</p> <p>-----</p>

介護支援専門員等	事業所名・医療機関名等	氏名
	(TEL)	職種

※ この意見書は、申込者の生活拠点に応じて次の方が記入して下さい。

生活の拠点	記入する方
在宅	居宅介護支援事業所の担当している介護支援専門員
特養、老健、介護療養型医療施設、グループホーム、指定特定施設入居者生活事業所	当該施設の介護支援専門員
医療機関(介護療養型医療施設を除く)	医療ソーシャルワーカー等
その他施設	上記に準ずる職種の方

特別養護老人ホーム ぬくもり園入所申込の取消依頼書

令和 年 月 日

特別養護老人ホームぬくもり園 施設長 宛て

住所

氏名

本人との続柄

電話

- 私は他の施設に入所しましたので、貴施設への入所申込みの取消しを依頼します。
- 下記の入所申込者が死亡しましたので、貴施設への入所申込みの取消しを依頼します。

記

1. 申込者氏名 _____
2. 生年月日 _____ 年 ____ 月 ____ 日
3. 介護保険被保険者番号 _____

特別養護老人ホーム めくもり園 入所利用料金表

1. 従来型(多床室) 利用者負担額(月額)

(単位:円)

要介護度	サービス 利用料	基本合計		利用者負担		
		第4段階	第1段階	第2段階	第3段階①	第3段階②
		食費 47,100円	食費 9,000円	食費 11,700円	食費 19,500円	食費 40,800円
		居住費 25,650円	居住費 0円	居住費 11,100円	居住費 11,100円	居住費 11,100円
1	17,190	89,940	26,190	39,990	47,790	69,090
2	19,230	91,980	28,230	42,030	49,730	71,130
3	21,360	94,110	30,360	44,160	51,960	73,260
4	23,400	96,150	32,400	46,200	54,000	75,300
5	25,410	98,160	34,410	48,210	56,010	77,310

2. ユニット型(個室) 利用者負担額(月額)

(単位:円)

要介護度	サービス 利用料	基本合計		利用者負担		
		第4段階	第1段階	第2段階	第3段階①	第3段階②
		食費 47,100円	食費 9,000円	食費 11,700円	食費 19,500円	食費 40,800円
		居住費 54,960円	居住費 24,600円	居住費 24,600円	居住費 39,300円	居住費 39,300円
1	19,560	121,620	53,160	55,860	78,360	99,660
2	21,600	123,660	55,200	57,900	80,400	101,700
3	23,790	125,850	57,390	60,090	82,590	103,890
4	25,860	127,920	59,460	62,160	84,660	105,960
5	27,870	129,930	61,470	64,170	86,670	107,970

★ 1ヶ月は30日で計算しています。

★ 上記のサービス利用料の他に加算がかかってきます。

★ 上記のサービス利用料の他に、保険対象外の利用料がかかってきます。

(預り金管理料・テレビ使用料・その他電化製品使用料・散髪代など)

利用者負担段階について

第1段階	本人及び世帯全員が住民税非課税であって、老齢福祉年金の受給者・生活保護の受給者
第2段階	〃 合計所得金額と課税年金収入額と、非課税年金収入額の合計が年間80万円以下の方
第3段階①	〃 合計所得金額と課税年金収入額と、非課税年金収入額の合計が年間80万円超120万円以下の方
第3段階②	〃 合計所得金額と課税年金収入額と、非課税年金収入額の合計が年間120万円超の方
第4段階	上記以外の方