

# 特別養護老人ホーム入所申込書

特別養護老人ホーム 松が丘すみれ園  
施設長 様

## 入所希望者（申込者）

刀切		保険者	
氏名		被保険者番号	
生年月日	明・大・昭 年 月 日	要介護度	1・2・3・4・5
性別	男・女	認定有効期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日
現住所	〒 電話番号 ( )		
給付制限			
認定審査会意見			

注：介護保険証を転記して下さい。なお、コピーを添付した場合は記載不要です。

〔必要添付書類〕

- 調査票
- 認定調査票（基本調査）（写）
- 介護保険被保険者証（写）

申込代理者（申込者が本人でない場合は、下の欄にお書きください。）

氏名		入所希望者との続柄	
住所	〒 電話番号 ( )		

上記入所希望者について、介護保険法令に基づき要介護の認定を受けましたので、この入所申込書により入所を希望いたします。

なお、入所のための待機中に、貴施設以外の施設に入所が決定した場合、また要介護度や連絡先、介護の状況等について変更がありました場合は、速やかに貴施設に連絡いたします。

時期	早急・年 月以降 申込予定：貴施設のみ・他にも申込むヶ所（予定）
希望事項	<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、介護が必要 <input type="checkbox"/> 4 施設や病院等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、別居等のため、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 住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・地形上など） <input type="checkbox"/> 11 その他の理由（具体的にお書き下さい）
同意書	入所希望者、介護者を円滑に支援するために、市町等にこの申込内容を情報提供すること及び同目的のために使用されることに同意します。  年 月 日 氏 名 印

## 事務処理欄

初回申込日：令和 年 月	今回受付日：令和 年 月	申込番号
受付者	受付方法：来所・郵送・	意思確認：令和 年 月 日

# 調 査 票

現 況	独居・高齢者所帯・家族同居 入院中（病院名 _____ ）・入所中（施設名 _____ ） ・継続中の入院又は入所の開始日： _____ 年 _____ 月 _____ 日 ・申込時の上記病院及び老人保健施設等への入院期間 _____ （ _____ 年 _____ 月 _____ ）								
	生活状況	移動	歩行・杖・歩行器・車椅子・ストレッチャー		介 助	自立・一部介助・全介助			
食 事		主) 普通・かゆ・ミサー（箸・ｽﾌﾟｰﾝ）		介 助	自立・一部介助・全介助				
		副) 普通・一口大・きざみ・極きざみ・ミサー							
排 泄		トイレ・ポータブル・尿器・便器・おむつ		介 助	自立・一部介助・全介助				
入 浴		介助浴・座浴・特浴		介 助	自立・一部介助・全介助				
送迎時の介助	車椅子・ストレッチャー		要 ・ 不要						
身体状況	視 力	普通・見えにくい・見えない		身 長	cm	体 重	kg		
	聴 力	普通・聞こえにくい・聞こえない		精神状態	安定・不安定（幻覚・興奮・攻撃・他 _____）				
	発 語	普通・やや不自由・不自由		認知症	無・有（ _____ ）				
	理 解 力	普通・分かりにくい・分からない		問題行動	無・有（徘徊・不潔行為・他 _____）				
健康状況	現 疾 患				病 歴				
	主 治 医				TEL				
	医療の状況	経管栄養 ・ 胃ろう ・ カテーテル ・ 人工肛門・インシュリン・在宅酸素・その他（ _____ ）							
	感 染 症	無・有（ _____ ）		アレルギー	無・有（ _____ ）				
	皮 膚 刺 激	普通・弱い		麻 痺	無・有（ _____ ）				
	便 秘	無・有（服薬：無・有）		こうそいぼく 拘 縮	無・有（ _____ ）				
	睡 眠	良・不良（服薬：無・有）		じやくそう 褥 瘡	無・有（ _____ ）				
	えんげ 嚙 下	異常なし・むせる・つめる		湿 疹	無・有（ _____ ）				
入 歯 歯	無・有（上・下）		口 腔 保 清	要 ・ 不要（ _____ ）					
介護の状況	主たる 介護者氏名			年 齢	才	性 別	男・女	続 柄	（ _____ ）
	就 労 状 況 等	就 業 中 ・ 共 働 き ・ 育 児 ・ そ の 他 （ _____ ）							
	介 護 期 間	_____ 年 _____ 月 頃 从			その他の介護者 _____ 無・有（ _____ 名）				
	窓 口 相 談	無・有（介護事業所・役所・在宅介護支援センター・その他（ _____ ）） 居宅介護支援事業所名 _____ ケアマネージャー名 _____ （ _____ ） （ _____ ）							
住環境	区 分	持ち家・借家・高層住宅 _____ 階（エレベーター 有 ・ 無 _____）							
	住 宅 改 修	可・不可・改修済（ _____ ）							
	立 地 等	在宅サービス利用に問題点 _____ 無・有（送迎・訪問・その他 _____）							
【介護上の悩み・困っていること】 ※別の用紙にお書き頂いても結構です。									

(様式2)

記入日： 年 月 日

## 介護支援専門員等意見書

入所申込者(本人)氏名： \_\_\_\_\_

記載者

氏名： \_\_\_\_\_

所属： \_\_\_\_\_

職種： \_\_\_\_\_

電話： \_\_\_\_\_

※ この意見書は、入所申込時点で関わりのある介護支援専門員や施設・病院職員等の専門職（相談員・看護師等）や地域包括支援センターの職員等が入所申込者の現在の状況を、把握されている範囲でご記入ください。

(1) 認知症の周辺症状（認知症以外の疾患で同様の症状を認める場合を含む）

①発生頻度

非常に多い      時々ある      少しある・稀にある      なし

②症状(該当する項目全てにチェック)

幻視・幻聴      昼夜逆転      暴言暴行      大声を出す      介護に抵抗  
常時の徘徊      火の不始末      不潔行為      異食行動      自傷行為  
性的問題行動      その他( )

(2) 主たる介護者・家族等の状況

身寄りがいない、もしくは家族等がいても疎遠であるなど介護者がいない。  
介護者はいるが、地理的に離れているもしくは病院等に長期入院の状況にあり、十分な介護が困難。  
介護者はいるが、他に介護や育児が必要な者がいる。  
介護者はいるが、十分な介護が困難。(高齢・障害・疾病・就労・その他： )  
介護者が近隣にいる。  
同居の介護者がいる。( 人)  
その他 ( )

(3) 主たる介護者の負担感

介護疲れがひどい  
在宅サービスを利用しているが介護疲れがある  
在宅サービスの利用にて順調  
在宅サービスの利用ないが順調  
殆ど関わっていない

(4) 在宅生活に支障がある状況

- 近くに在宅サービス事業者がなくその利用が困難。
- 十分なケア(ナイトケア等)が受けられない。
- 施設や病院から退所(院)を求められている。
- 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等経済的理由。
- その他 ( )

(5) 医療的処置の状況

- 経鼻経管栄養     胃ろう又は腸ろう     在宅酸素     インシュリン
- 人工肛門     カテーテル     その他 ( )

(6) 障害者手帳の所持

①知的障害

- 療育手帳の所持     あり     なし
- 障害区分     A     B 1     B 2

②精神障害

- 精神障害者保健福祉手帳の所持     あり     なし
- 障害区分     1 級     2 級     3 級

(7) 特例入所の該当理由 (要介護1又は2と認定された入所申込者についてのみ記入)

- 認知症である者であって、認知症高齢者の日常生活自立度がⅡb以上であり、日常生活に支障を来すような症状・行動や意思の疎通の困難さが頻繁に見られること。
- 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・行動や意思の疎通の困難さ等が頻繁に見られること。
- 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こと。

(8) 特記事項(在宅または入院・入所先で生活継続が困難である理由等)

( )

(別紙1-1) 令和5年4月1日改定

i. ユニット型介護福祉施設サービス利用料金表 (6級地 10.27円)

1割負担

第4段階

円/日

①	ご利用者の要介護度サービス利用料金	要介護度1 6,696円	要介護度2 7,394円	要介護度3 8,144円	要介護度4 8,852円	要介護度5 9,540円
②	うち、介護保険から給付される金額(9割)	6,026円	6,654円	7,329円	7,966円	8,586円
③	サービス利用に係る自己負担額	670円	740円	815円	886円	954円
④	居住費	2,006円				
⑤	食費	1,760円				
⑥	自己負担額合計	4,436円	4,506円	4,581円	4,652円	4,720円
⑦	1ヶ月の自己負担額合計	133,080円	135,180円	137,430円	139,560円	141,600円

第3段階 ①

円/日

①	ご利用者の要介護度サービス利用料金	要介護度1 6,696円	要介護度2 7,394円	要介護度3 8,144円	要介護度4 8,852円	要介護度5 9,540円
②	うち、介護保険から給付される金額(9割)	6,026円	6,654円	7,329円	7,966円	8,586円
③	サービス利用に係る自己負担額	670円	740円	815円	886円	954円
④	居住費	1,310円				
⑤	食費	650円				
⑥	自己負担額合計	2,630円	2,700円	2,775円	2,846円	2,914円
⑦	1ヶ月の自己負担額合計	78,900円	81,000円	83,250円	85,380円	87,420円

第3段階 ②

円/日

①	ご利用者の要介護度サービス利用料金	要介護度1 6,696円	要介護度2 7,394円	要介護度3 8,144円	要介護度4 8,852円	要介護度5 9,540円
②	うち、介護保険から給付される金額(9割)	6,026円	6,654円	7,329円	7,966円	8,586円
③	サービス利用に係る自己負担額	670円	740円	815円	886円	954円
④	居住費	1,310円				
⑤	食費	1,360円				
⑥	自己負担額合計	3,340円	3,410円	3,485円	3,556円	3,624円
⑦	1ヶ月の自己負担額合計	100,200円	102,300円	104,550円	106,680円	108,720円

第2段階

円/日

①	ご利用者の要介護度サービス利用料金	要介護度1 6,696円	要介護度2 7,394円	要介護度3 8,144円	要介護度4 8,852円	要介護度5 9,540円
②	うち、介護保険から給付される金額(9割)	6,026円	6,654円	7,329円	7,966円	8,586円
③	サービス利用に係る自己負担額	670円	740円	815円	886円	954円
④	居住費	820円				
⑤	食費	390円				
⑥	自己負担額合計	1,880円	1,950円	2,025円	2,096円	2,164円
⑦	1ヶ月の自己負担額合計 (⑥×30日)	56,400円	58,500円	60,750円	62,880円	64,920円

(別紙1-2)

第1段階

円/日

①	ご利用者の要介護度 サービス利用料金	要介護度1 6,696円	要介護度2 7,394円	要介護度3 8,144円	要介護度4 8,852円	要介護度5 9,540円
②	うち、介護保険から給付 される金額(9割)	6,026円	6,654円	7,329円	7,966円	8,586円
③	サービス利用に係る 自己負担額	670円	740円	815円	886円	954円
④	居 住 費	820円				
⑤	食 費	300円				
⑥	自己負担額合計	1,790円	1,860円	1,935円	2,006円	2,074円
⑦	1ヶ月の自己負担額合計 (⑥×30日)	53,700円	55,800円	58,050円	60,180円	62,220円

ii. その他介護保険施設入所サービス加算利用料金表

サービスの種類 (必ず算定します)		サービス利用に係る自己負担額(1割)	サービスの種類 (該当者のみ)		サービス利用に係る自己負担額(1割)
1	初 期 加 算	31円	1	療 養 食 加 算	7円
2	個別機能訓練加算Ⅰ	13円	2	外 泊 時 費 用	253円
3	栄養マネジメント強化加算	12円	3	退 所 時 相 談 援 助 加 算	411円
4	看護体制加算Ⅰ口	5円	4	退所前後訪問相談援助加算	473円
5	看護体制加算Ⅱ口	9円	5	退 所 前 連 携 加 算	514円
6	夜勤職員配置加算Ⅱ口	19円	6	口 腔 衛 生 管 理 加 算 Ⅰ	93円
7	日常生活継続支援加算Ⅱ	48円	7	経 口 維 持 加 算 Ⅰ	411円
8	安全対策体制加算	21円	8	配置医師緊急時対応加算(早朝・夜間)	668円
9	科学的介護推進体制加算Ⅱ	52円	9	配置医師緊急時対応加算(深夜)	1336円
10	介護職員処遇改善加算Ⅰ	総合計数の8.3%	10	看取り介護加算Ⅱ 45日前~31日前	74円
11	特定処遇改善加算Ⅰ	総合計数の2.7%	11	看取り介護加算Ⅱ 30日前~4日前	148円
12	介護職員等ベースアップ等支援加算	総合計数の1.6%	12	看取り介護加算Ⅱ 前々日~前日	801円
			13	看 取 り 介 護 加 算 Ⅱ 当 日	1623円

※ 介護保険の計算上、i、ii記載の金額よりも若干の誤差が生じる場合があります。

iii. その他介護保険の給付対象とならないサービスの利用料金表

サービスの種類	自己負担額	内 容
理 髪 サ ー ビ ス	カット 1,800円 顔剃り 500円 パーマ 3,500円	委託業者により月2回実施
貴重品管理サービス	1日につき100円	保険証類のお預かり及び金銭等の管理を依頼された場合
教 養 娛 楽 費	実 費 相 当 額	レクリエーション等に係る参加費及び材料費等
日 用 品 費	実 費 相 当 額	日常生活用品の購入代金(嗜好品含む)
特 別 な 食 事	実 費 相 当 額	通常の食事とは別、又は追加で提供をした場合
電 化 製 品 使 用 料	1製品 1日 10円	持込みのコンセントを使用する電化製品について
日 常 生 活 費	1日につき50円	日常生活品、食事外飲料等について
入 退 所 以 外 の 送 迎	実 費 相 当 額	入退所以外の送迎に要する費用等

※ 上記i~iiiの利用料金は、所得の状況等により減額される場合があります。

(別紙1-1) R5年4月1日改定

i. ユニット型介護福祉施設サービス利用料金表 (6級地 10.27円) **2割負担**

第4段階

円/日

①	ご利用者の要介護度 サービス利用料金	要介護度 1 6,696円	要介護度 2 7,394円	要介護度 3 8,144円	要介護度 4 8,852円	要介護度 5 9,540円
②	うち、介護保険から給付 される金額 (8割)	5,356円	5,915円	6,515円	7,081円	7,632円
③	サービス利用に係る 自己負担額 (①-②)	1,340円	1,479円	1,629円	1,771円	1,908円
④	居 住 費	2,006円				
⑤	食 費	1,760円				
⑥	自己負担額合計 (③+④+⑤)	5,106円	5,245円	5,392円	5,537円	5,674円
⑦	1ヶ月の自己負担額合計 (⑥×30日)	153,180円	157,350円	161,760円	166,110円	170,220円

ii. その他介護保険施設入所サービス加算利用料金表 2割負担

※ 介護保険の計算上、i、ii記載の金額よりも若干の誤差が生じる場合があります。

サービスの種類 (必ず算定します)		サービス利用に係る自己負担額 (2割)	サービスの種類 (該当者のみ)		サービス利用に係る自己負担額 (2割)
1	初 期 加 算	62円	1	療 養 食 加 算	13円
2	個 別 機 能 訓 練 加 算 I	25円	2	外 泊 時 費 用	506円
3	栄養マネジメント強化加算	23円	3	退 所 時 相 談 援 助 加 算	822円
4	看 護 体 制 加 算 I 口	9円	4	退 所 前 後 訪 問 相 談 援 助 加 算	945円
5	看 護 体 制 加 算 II 口	17円	5	退 所 前 連 携 加 算	1027円
6	夜 勤 職 員 配 置 加 算 II 口	37円	6	口 腔 衛 生 管 理 加 算	185円
7	日 常 生 活 継 続 支 援 加 算 II	95円	7	経 口 維 持 加 算 I	822円
8	安 全 対 策 体 制 加 算	41円	8	配 置 医 師 緊 急 時 対 応 加 算 (早 朝・夜 間)	1335円
9	科学的介護推進体制加算 II	103円	9	配 置 医 師 緊 急 時 対 応 加 算 (深 夜)	2671円
10	介 護 職 員 処 遇 改 善 加 算 I	総合計数の 8.3%	10	看 取 り 介 護 加 算 II 45 日 前 ~ 31 日 前	148円
11	特 定 処 遇 改 善 加 算 I	総合計数の 2.7%	11	看 取 り 介 護 加 算 II 30 日 前 ~ 4 日 前	296円
12	介 護 職 員 等 ベ ー ス ア ッ プ 等 支 援 加 算	総合計数の 1.6%	12	看 取 り 介 護 加 算 II 前 々 日 ~ 前 日	1602円
			13	看 取 り 介 護 加 算 II 当 日	3246円

i. ユニット型介護福祉施設サービス利用料金表 (6級地 10.27円)

3割負担

第4段階

円/日

①	ご利用者の要介護度 サービス利用料金	要介護度 1 6,696円	要介護度 2 7,394円	要介護度 3 8,144円	要介護度 4 8,852円	要介護度 5 9,540円
②	うち、介護保険から給付 される金額 (7割)	4,687円	5,175円	5,700円	6,196円	6,678円
③	サービス利用に係る 自己負担額 (①-②)	2,009円	2,219円	2,444円	2,656円	2,862円
④	居 住 費	2,006円				
⑤	食 費	1,760円				
⑥	自己負担額合計 (③+④+⑤)	5,775円	5,985円	6,210円	6,422円	6,628円
⑦	1ヶ月の自己負担額合計 (⑥×30日)	173,250円	179,550円	186,300円	192,660円	198,840円

ii. その他介護保険施設入所サービス加算利用料金表 3割負担

サービスの種類 (必ず算定してます)		サービス利用に係る自己負担額 (3割)	サービスの種類 (該当者のみ)		サービス利用に係る自己負担額 (3割)
1	初 期 加 算	62 円	1	療 養 食 加 算	19 円
2	個 別 機 能 訓 練 加 算 I	37 円	2	外 泊 時 費 用	758 円
3	栄養マネジメント強化加算	34 円	3	退 所 時 相 談 援 助 加 算	1233 円
3	看 護 体 制 加 算 I 口	13 円	4	退 所 前 後 訪 問 相 談 援 助 加 算	1418 円
4	看 護 体 制 加 算 II 口	25 円	5	退 所 前 連 携 加 算	1541 円
5	夜 勤 職 員 配 置 加 算 II 口	56 円	6	口 腔 衛 生 管 理 加 算	278 円
6	日 常 生 活 継 続 支 援 加 算 II	142 円	7	経 口 維 持 加 算 I	1233 円
7	安 全 対 策 体 制 加 算	62 円	8	配 置 医 師 緊 急 時 対 応 加 算 (早 朝・夜 間)	2003 円
7	科学的介護推進体制加算 II	154 円	9	配 置 医 師 緊 急 時 対 応 加 算 (深 夜)	4006 円
8	介 護 職 員 処 遇 改 善 加 算 I	総 合 計 数 の 8.3%	10	看 取 り 介 護 加 算 II 45 日 前 ~ 31 日 前	222 円
9	特 定 処 遇 改 善 加 算 I	総 合 計 数 の 2.7%	11	看 取 り 介 護 加 算 II 30 日 前 ~ 4 日 前	444 円
10	介 護 職 員 等 ベ ー ス ア ヱ ッ プ 等 支 援 加 算	総 合 計 数 の 1.6%	12	看 取 り 介 護 加 算 II 前 々 日 ~ 前 日	2043 円
			13	看 取 り 介 護 加 算 II 当 日	4868 円

※ 介護保険の計算上、i、ii記載の金額よりも若干の誤差が生じる場合があります。

iii. その他介護保険の給付対象とならないサービスの利用料金表

サービスの種類	自己負担額	内 容
理 髪 サ ー ビ ス	カット 1,800円 顔剃り 500円 パーマ 3,500円	委託業者により月2回実施
貴重品管理サービス	1日につき100円	保険証類のお預かり及び金銭等の管理を依頼された場合
教 養 娛 楽 費	実 費 相 当 額	レクリエーション等に係る参加費及び材料費等
日 用 品 費	実 費 相 当 額	日常生活用品の購入代金 (嗜好品含む)
特 別 な 食 事	実 費 相 当 額	通常の食事とは別、又は追加で提供をした場合
電 化 製 品 使 用 料	1製品, 1日10円	持込みのコンセントを使用する電化製品について
日 常 生 活 費	1日につき50円	日常生活品、食事外飲料等について
入 退 所 以 外 の 送 迎	実 費 相 当 額	入退所以外の送迎に要する費用等