

入所お申込みの皆様へ

この度は入所のお申込みありがとうございます。

お申込みには下記の書類が必要になりますのでご用意ください。

- ① 封筒に同封されている申込書と個人情報提供同意書
- ② 介護保険証のコピーと負担割合証のコピー
- ③ 認定調査票のコピーと主治医の意見書のコピー（健康診断書ではございません）
（認定調査票・主治医の意見書は各市町村の介護保険関係の窓口にお尋ね下さい）
- ④ 負担限度額認定証のコピー（お持ちの方のみ）
- ⑤ 医療保険証のコピー

⑥ 健康診断書（別途費用がかかります。）

血液検査と胸部レントゲンが含まれております。かかりつけ医、またはお近くの医療機関へご相談ください。

- ⑦ お薬手帳のコピー、または現在内服しているお薬が分かる薬情

※入院中、入所中の方は上記の⑦の書類は必要ございません。

ご不明な点がございましたらお問い合わせください。

社会福祉法人 愛生福祉会
特別養護老人ホーム 越谷よさこいホーム
電話：048-999-6262

特別養護老人ホーム入所申込書

介護老人福祉施設
越谷よさこいホーム 施設長様

申込日	令和	年	月	日
受付日	令和	年	月	日
【申込者】				
住所	〒			
(ふりがな) 氏名			本人との関係	
電話番号	自宅：			
	携帯：			

本人の状況	(ふりがな) 入所希望者		性別 男	年齢	保険者	
	生年月日	明・大・昭 年 月 日	女	歳	被保険者番号	
	住所	〒			要介護度 ※1	1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5
	現在利用している 在宅サービスの状況 ※2	1. 訪問介護 () 2. 訪問入浴介護 () 3. 訪問看護 () 4. 訪問リハビリテーション () 5. 通所介護 ()			6. 通所リハビリテーション () 7. 短期入所生活介護 () 8. 短期入所療養介護 () 9. 福祉用具の貸与・購入費の支給 () 10. その他 ()	
	認知症による 不適応行動	認知症の種類	認知症中核症状		認知症周辺症状	
医療的措置の状況	【現在治療中の病気等】					
入所を希望する理由 ※3	1. 介護が居ないため () 2. 介護者がいるが障害や疾病の状況にあり介護が困難なため () 3. 介護者がいるが高齢等のため十分な介護が困難なため () 4. 介護者がいるが就業しているため十分な介護が困難なため () 5. 介護者がいるが育児又は家族が病気の状況にあり十分な介護が困難なため () 5. 介護者がいるが複数の介護をしており負担が大きき十分な介護が困難なため () 6. 介護保険施設に入所しているが変わりたい () 7. 有料老人ホームやグループホームに入所しているが経済的に支払いができなくなったため () 8. その他 ()					

介護者の状況	主たる介護者	(ふりがな) 氏名			性別	本人との関係	
		生 年 月 日	明・大・昭 年 月 日 (歳)				
		同居の区分	1. 同居 2. 別居()				
	従たる介護者	(ふりがな) 氏名			性別	本人との関係	
		生 年 月 日	明・大・昭 年 月 日 (歳)				
		同居の区分	2. 同居 3. 別居()				
	介護期間	年 ヶ月 ()					
	主たる介護者の就労状況		主たる介護者の育児状況		主たる介護者の健康状態		従たる介護者の健康状態
	有 (常勤・パート) 勤務時間 無 h		有 (人 歳) 無		良好 不良		良好 不良
	その他の	入所を希望する時期	1. 今すぐ入所したい 2. 年 月頃までには入所したい				
申込の状況		1. 当該施設のみ申し込む 2. 他の施設にも申し込みしている 施設名()					
(要介護1又は2のみ記載) 居宅において日常生活を行う事が困難であることについてのやむを得ない事由							
説明確認	私は、入所申込の際、入所決定の手続き及び入所の必要性を評価する基準等について施設から説明を受けました。 令和 年 月 日 ご家族代表 _____ 説 明 者 氏名 _____						

- ※1 介護度更新・変更などの申込内容に変更が生じた場合は、施設にご連絡ください。
- ※2 現在利用している在宅サービスの状況の()内には、その**具体的内容**を記入してください。
- ※3 入所を希望する理由の()内には、その**具体的理由**を記入してください。

○ 必要性が無くなった場合には、別紙「特別養護老人ホーム入所申込取り下げ書」を提出してください。

添付資料提出・・・①認定調査票・主治医の意見書(写) ②被保険者証(写) ③在宅サービス利用表(写)

個人情報提供同意書

私は、特別養護老人ホーム「越谷よさこいホーム」の入所審査にあたり
必要な場合に限り入居申込み書及び入居申込み調査票の内容に関して、市町村、
居宅介護支援事業所、病院等の第三者機関へ照会することに同意します。

令和 年 月 日

特別養護老人ホーム 越谷よさこいホーム

施設長 様

〈入所希望者〉

住 所

氏 名

印

〈入所希望者代筆者〉

住 所

氏 名

印

〈家族代表者〉

住 所

氏 名

印

(続柄)

特別養護老人ホーム入所申込み取り下げ書

令和 年 月 日

特別養護老人ホーム 越谷よさこいホーム 施設長 様

申込者

住所: _____

氏名: _____

私は、先に提出した「特別養護老人ホーム入所申込書」を下記のとおり取り下げます。

記

1. 申込日

令和 年 月 日

2. 入所希望者

住所:

氏名:

3. 取り下げる理由

必要性がなくなった場合、ご郵送願います。

特別養護老人ホーム 越谷よさこいホーム
入居(ユニット型介護福祉施設サービス費)(ユニット型個室)

利用料金(1割負担)

地域区分6級(10.27)

要介護度	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
基本サービス費	688円	760円	837円	910円	981円
その他の加算	53円	53円	53円	53円	53円
日常生活継続支援加算	47円	47円	47円	47円	47円
合計(1日単位)	788円	860円	937円	1,010円	1,081円
科学的介護、自立支援加算	330円	330円	330円	330円	330円
処遇改善加算	2,550円	2,750円	3,050円	3,200円	3,500円
月額合計(31日)	27,311円	29,739円	32,427円	34,838円	37,334円

+

(居住費) 1段階	880円	880円	880円	880円	880円
(居住費) 2段階	880円	880円	880円	880円	880円
(居住費) 3段階	1,370円	1,370円	1,370円	1,370円	1,370円
(居住費) 4段階	2,066円	2,066円	2,066円	2,066円	2,066円
(食費) 1段階	300円	300円	300円	300円	300円
(食費) 2段階	390円	390円	390円	390円	390円
(食費) 3段階①	650円	650円	650円	650円	650円
(食費) 3段階②	1,360円	1,360円	1,360円	1,360円	1,360円
(食費) 4段階	1,445円	1,445円	1,445円	1,445円	1,445円

※1日単位

〈合計〉

一ヶ月あたり利用料金 1段階 (31日)	63,891円	66,319円	69,007円	71,418円	73,914円
高額サービス適用後	51,580円	51,580円	51,580円	51,580円	51,580円
一ヶ月あたり利用料金 2段階 (31日)	66,681円	69,109円	71,797円	74,208円	76,704円
高額サービス適用後	54,370円	54,370円	54,370円	54,370円	54,370円
一ヶ月あたり利用料金 3段階① (31日)	89,931円	92,359円	95,047円	97,458円	99,954円
高額サービス適用後			87,220円	87,220円	87,220円
一ヶ月あたり利用料金 3段階② (31日)	111,941円	114,369円	117,057円	119,468円	121,964円
			109,230円	109,230円	109,230円
一ヶ月あたり利用料金 4段階 (31日)	136,152円	138,580円	141,268円	143,679円	146,175円

特別養護老人ホーム 越谷よさこいホーム
入居(ユニット型介護福祉施設サービス費)(ユニット型個室)

利用料金(2割負担)

地域区分6級(10.27)

要介護度	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
基本サービス費	688円	760円	837円	910円	981円
その他の加算	53円	53円	53円	53円	53円
日常生活継続支援加算	47円	47円	47円	47円	47円
合計(1日単位)	788円	860円	937円	1,010円	1,081円
科学的介護、自立支援加算	330円	330円	330円	330円	330円
処遇改善加算	2,550円	2,750円	3,050円	3,200円	3,500円
月額合計(31日)×2	54,622円	59,479円	64,854円	69,675円	74,669円

+

(居住費) 4段階	2,066円	2,066円	2,066円	2,066円	2,066円
(食費) 4段階	1,445円	1,445円	1,445円	1,445円	1,445円

※1日単位

〈合計〉

一ヶ月あたり利用料金 4段階 (31日)	163,463円	168,320円	173,695円	178,516円	183,510円
高額サービス適用後		151,381円	151,381円	151,381円	151,381円

特別養護老人ホーム 越谷よさこいホーム
入居(ユニット型介護福祉施設サービス費)(ユニット型個室)

利用料金(3割負担)

地域区分6級(10.27)

要 介 護 度	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
基本サービス費	688円	760円	837円	910円	981円
その他の加算	53円	53円	53円	53円	53円
日常生活継続支援加算	47円	47円	47円	47円	47円
合計(1日単位)	788円	860円	937円	1,010円	1,081円
科学的介護、自立支援加算	330円	330円	330円	330円	330円
処遇改善加算	2,550円	2,750円	3,050円	3,200円	3,500円
月額合計(31日)×3	81,932円	89,218円	97,281円	104,513円	112,003円

+

(居住費) 4段階	2,066円	2,066円	2,066円	2,066円	2,066円
(食費) 4段階	1,445円	1,445円	1,445円	1,445円	1,445円

※1日単位

〈合計〉

一ヶ月あたり利用料金 4段階 (31日)	190,773円	198,059円	206,122円	213,354円	220,844円
高額サービス適用後	151,381円	151,381円	151,381円	151,381円	151,381円

特別養護老人ホーム 越谷よさこいホーム
入居(ユニット型介護福祉施設サービス費Ⅰ)(ユニット型個室)

その他の加算	加 算 条 件	負担額
初期加算	新規入所及び1ヶ月以上入院後再び入所した場合、最初の30日間加算	31円／日
入院・外泊時加算	入院及び外泊の場合、6日を限度として加算 ※ただし初日、末日は除く	253円／日
個別機能訓練加算Ⅰ	個別機能訓練計画を作成し、入所者の状態を踏まえた機能の維持・低下の防止のリハビリテーションを行った場合	12円／日
療養食加算	医師の指示に基づく療養食を提供した場合	7円／食
栄養マネジメント強化加算	栄養ケア計画に従い、入所者の状態を踏まえた食事の調整等を行った場合	351円／月
配置医師緊急時対応加算	配置医師又は配置医師と連携した協力病院の医師が、施設の求めに応じ、早朝・夜間又は深夜に施設を訪問し診療を行った場合に加算 (配置医師の通常勤務時間外 ※早朝、夜間、深夜を除く) (早朝6:00～8:00／夜間18:00～22:00) (深夜22:00～6:00)	通常勤務時間外 333円／回 早朝・夜間 650円／回 深夜 1,300円／回
ターミナルケア加算Ⅱ(看取り)	配置医師と連携の下に、ターミナルケアに係る計画、支援体制について入所者とそのご家族に説明し、同意を得てターミナルケアを行った場合(死亡日、死亡45日前から行った場合)に加算	45日前～31日前 72単位／日
		30日前～4日前 144単位／日
		前々日・前日 780単位／日
		死亡日 1,580単位／日
看護体制加算Ⅰ口	常勤看護師を1名以上配置した場合に加算	1割… 4円／日 2割… 8円／日 3割… 12円／日
看護体制加算Ⅱ口	基準以上看護職員を配置し、24時間連絡体制を築いた場合に加算	1割… 8円／日 2割… 16円／日 3割… 24円／日
夜勤職員配置加算Ⅱ	夜間の人員基準よりも多くの介護職員等を配置し、安心して生活できる環境を構築する施設を評価する加算	1割… 18円／日 2割… 36円／日 3割… 55円／日
日常生活継続支援加算	要介護度4,5や認知症等で日常生活が困難な入所者が一定の割合を超えている場合に加算	1割… 47円／日 2割… 94円／日 3割… 141円／日
口腔衛生管理加算	・利用者の口腔衛生等の管理に係る計画が作成されている ・歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が、口腔衛生等管理を月2回以上行っている ・歯科衛生士が介護職員に対し、具体的な技術的助言・指導を行う以上の条件を満たしている場合に加算	1割… 92円／月 2割… 184円／月 3割… 277円／月
自立支援促進加算	・医師が医学的評価を行い、6ヶ月に1回支援計画等を作成している ・自立支援のために対応が必要であるとされた者に、多職種のスタッフが支援計画を作成し実施している ・3ヶ月に1回、入所者ごとに支援計画を見直し、その情報を厚生労働省へ提出している 以上の条件を満たしている場合に加算	1割… 287円／月 2割… 575円／月 3割… 862円／月
科学的介護推進体制加算	入所者・利用者ごとの心身の状況の基本的な情報を、厚生労働省に提出している場合に加算	1割… 41円／日 2割… 82円／日 3割… 123円／日
処遇改善加算Ⅰ	基準以上介護職員を配置した場合	140／1000に相当する 単位数により算出

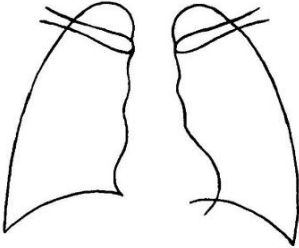
※端数があるため実際の金額と異なる場合があります

健康診断書

(注) この様式は基本的な健康診断です。疾患に基づく検査データがありましたら添付してください

フリガナ 氏 名		男 女	生年月日 年 月 日 (歳)	明治・大正・昭和
住 所	TEL			

病 名		既 往 歴	
症 状 経 過		処 方 内 容	

(身長 cm) (体重 kg) (血圧 / mmHg) (脈拍 回/分)				
検査所見【検査日 年 月 日】			胸部レントゲン【撮影日 年 月 日】	
尿	蛋白	— ± +	所見 	異常あり ・ 異常なし
	糖	— ± +		
	潜血	— ± +		
感 染 症	HBs	抗原精密 — +		
	HCV	抗 体 — +		
	梅毒	— + 部位()		
皮膚疾患(含褥瘡)	無・有 ()	結核の既往	無・有 (歳)	
アレルギー(食物・薬)	無・有 ()	視 力 障 害	無・有 ()	
麻 痺	無・有 ()	聴 力 障 害	無・有 ()	
拘 縮	無・有 ()	言 語 障 害	無・有 ()	
特記事項				

上記のとおり、診断いたします。

令和 年 月 日

医療機関名

所在地

医師氏名

印

医療情報提供のお願い

医療機関 各位

平素は健康診断書作成にご協力いただき誠にありがとうございます。

当施設の利用希望者様の受入審査に際し、介護老人福祉施設にて適切に介護できるかどうかの判断に用いますので、下記の検査データをお知らせ下さいますようお願い致します。

尚、検査データは3ヶ月以内の検査値でお願い致します。

検査日 令和 年 月 日

WBC	RBC	Hb	Ht	PLT
-----	-----	----	----	-----

GOT	GPT	ALP	LDH	尿酸
-----	-----	-----	-----	----

TP	Alb	BUN	Cr	Na	K
----	-----	-----	----	----	---

総コレステロール	中性脂肪	FBS	その他(HbA1c)
----------	------	-----	------------------

※糖尿病疾患のある方はHbA1cの検査をお願いします。

※検査データのコピーを添付して下さい。

※過去の検査データもございましたらコピーで結構ですのお知らせ下さい。

お手数をおかけしますが宜しくお願い致します。

* 当施設ご利用希望者様へ 健康診断書と併せて医療機関にご提出ください。