

ララチャンス七福神(グループホーム)入居申込書

申込日 年 月 日

入居を希望する方	フリガナ			
	氏名			
生年月日	明・大・昭	年	月	日 歳
ご住所	〒			
		電話番号		
申込者	フリガナ			続柄
	氏名			
ご住所	〒	連絡先		
		電話番号		
認定状況	※要支援2 要介護 (1・2・3・4・5) 有効期間 (年 月 日～ 年 月 日) <input type="checkbox"/> 介護認定を受けていない			
現病歴				
主治医	病院名 ()			
	主治医 ()			
入居希望者の状況	<input type="checkbox"/> 認知症の診断 (受けている・受けていない) 認知症状 <input type="checkbox"/> 記憶障害がある <input type="checkbox"/> 幻視・幻覚がある <input type="checkbox"/> 見当識障害がある <input type="checkbox"/> 収集癖がある <input type="checkbox"/> 意欲低下がある <input type="checkbox"/> 介護に対する拒否がある <input type="checkbox"/> 徘徊がある(屋内・屋外) <input type="checkbox"/> 暴言や暴力がある <input type="checkbox"/> 妄想がある <input type="checkbox"/> 不潔行為がある <input type="checkbox"/> その他 ()			
	ご担当者	居宅支援事業所 ()		
担当ケアマネージャー ()				
入院入所 ()				
ソーシャルワーカー ()				
なし				
備考				

申込み先 FAX : 099-206-6729

ララシヤンス七福神 利用料金表

	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
基本報酬	748	752	787	811	827	844
医療連携体制加算Ⅰ	39	39	39	39	39	39
サービス提供体制加算Ⅱ	18	18	18	18	18	18
小計	805	809	844	868	884	901
30日分	24,150	24,270	25,320	26,040	26,520	27,030
処遇改善加算Ⅰ (11.1%)	2,681	2,694	2,811	2,890	2,944	3,000
特定処遇改善加算Ⅰ (3.1%)	749	752	785	807	822	838
ベースアップ等支援加算 (2.3%)	555	558	582	599	610	622
介護報酬合計	28,135	28,275	29,498	30,337	30,896	31,490

住居費	1,500	1,500	1,500	1,500	1,500	1,500
食材料料費	1,300	1,300	1,300	1,300	1,300	1,300
管理費	500	500	500	500	500	500
小計	3,300	3,300	3,300	3,300	3,300	3,300
30日分	99,000	99,000	99,000	99,000	99,000	99,000

1割負担	127,135	127,275	128,498	129,337	129,896	130,490
2割負担	155,270	155,549	157,996	159,673	160,792	161,980
3割負担	183,404	183,824	187,493	190,010	191,687	193,470

※新規入所の際、30日間は初期加算 (30単位/日) が加わります。

※医療費 (往診代、薬代) は別途個人負担になります。

※理美容代、おむつ、日用品、消耗品 (歯ブラシ、歯磨き粉等々) なども個人負担となります。

※その他の加算は重要事項説明書に記載をしております。算定する際には事前に説明を行います。