

ご入居の申し込みについて

下記書類をそろえた上でご提出くださいますようお願い申し上げます。

1：指定介護老人福祉施設等入所申込書（両面印刷2枚）

※記載方法がご不明な場合、現在の担当介護支援専門員もしくは病院の相談連携担当、もしくは下記連絡先までお問い合わせください。

2：診療情報提供書（片面1枚）

現在の主治医へ記載していただくものです。かかりつけ医療機関へご提出ください。医療機関によっては文書料金が発生する場合があります。

3：各種保険証のコピー

- ・介護保険被保険者証
- ・介護保険負担割合証
- ・介護保険負担限度額認定証（申請発行がある方のみ）
- ・医療保険証（後期高齢者医療保険もしくは国民健康保険等）

お問い合わせ先
特別養護老人ホーム七福神
生活相談員 眞邊（まなべ）
TEL：099-295-0729
FAX：099-295-6729

※太ワクの中をすべて記入してください。(不明な点は、施設にご相談ください。)
 ※口欄は、該当するものに×を記入してください。

指定介護老人福祉施設等入所申込書

入所を希望する者	フリガナ			保険者名 (市町村名)				
	氏名			介護保険 被保険者番号				
	生年月日	明・大・昭	年	月	日	()	歳	性別(男・女)
	現住所	〒 -		電話番号 - -				
	認定状況	<input type="checkbox"/> 要介護認定を受けている <申込日現在の介護度> 要介護 (1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5) <認定有効期間> 令和 年 月 日 から 令和 年 月 日まで <input type="checkbox"/> 区分変更申請中 (令和 年 月 日申請) <input type="checkbox"/> 更新申請中 (令和 年 月 日申請) <input type="checkbox"/> 要介護認定を受けていない <input type="checkbox"/> 認定申請中 (令和 年 月 日申請) <input type="checkbox"/> 要支援の認定を受けている						
世帯状況	<input type="checkbox"/> 同居家族がいない (一人暮らし)		<input type="checkbox"/> 同居家族がいる					
入所を希望する理由	<input type="checkbox"/> 介護する者がいないため <input type="checkbox"/> 介護する者が「高齢」、「障害」、「疾病」等により十分な介護が困難なため <input type="checkbox"/> 介護者が就労していることから、十分な介護が困難なため <input type="checkbox"/> 居住環境の事情により、十分な介護が困難なため <input type="checkbox"/> 施設や病院等から退所を求められているが、自宅での介護が困難なため <input type="checkbox"/> その他 { }							
該当するものはすべて選んでください。								
指定介護老人福祉施設 特別養護老人ホーム七福神 施設長 森永 香織 殿 貴施設に入所を希望するため申し込みます。 また、貴施設が入所判定に使用する目的で、居宅介護支援事業者、市町村、地域包括支援センター、病院、施設等から情報提供を受けることに同意します。また、市町村が居宅介護支援事業者等に、入所申込者の状況等を確認することに同意します。 令和 年 月 日 (申込者) 住所 _____ 氏名 _____ 印 (続柄) _____								

提出者 (連絡先)

氏名 :	続柄 :	電話番号 :
〒 :	住所 :	

※太ワクの中をすべて記入してください。(不明な点は、施設にご相談ください。)

※□欄は、該当するものに×を記入してください。

◎介護者・家族等の状況

家 族 構 成	続柄	氏名	年齢	入所希望者と	住所	電話	備考	
				同居・別居				
				同居・別居				
				同居・別居				
				同居・別居				
主 た る 介 護 者	フリガナ		年齢		本人との関係		備考	
	氏名							
	健康状態	<input type="checkbox"/> 疾病 { <具体的に> } <input type="checkbox"/> 健康						
	介護の状況	<input type="checkbox"/> 介護する者が要介護状態のため、介護困難な状態である <input type="checkbox"/> 仕事や入所希望者以外の人の看病等があり、介護困難な状態である { <具体的に> } <input type="checkbox"/> 多少介護は可能であるが、常時の介護は困難な状態である { <具体的に> } <input type="checkbox"/> 介護可能な状態である						
	介護の場所	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 病院又は介護老人保健施設 <input type="checkbox"/> その他の施設に入所中						
	介護歴	年 月頃から介護している (期間: 約 年)						
	介護協力者	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 随時あり (氏名 _____ 続柄 _____) <input type="checkbox"/> 常時あり (氏名 _____ 続柄 _____)						
	意見	[食事や排せつのこと、その他介護をしている上で困っていることなど]						

申込者名

◎入所希望者の状況

入 所 希 望 者 の 状 況	サ ー ビ ス 等 の 利 用 状 況	<input type="checkbox"/> 他の施設や医療機関に入っている ・施設名又は医療機関名： _____ (_____ 市・町・村) ・所在地： _____ ・入所又は入院時期：令和 _____ 年 _____ 月から入所（入院）している。 ・施設や医療機関から退所（退院）を求められているか。（ いる ・ いない ）
		<input type="checkbox"/> 以前、指定介護老人福祉施設に入所していたが、医療機関に入院するため退所した ・入所していた施設名： _____ (_____ 市・町・村) ・退所した時期：令和 _____ 年 _____ 月退所
		<input type="checkbox"/> 在宅で介護保険の居宅サービス（訪問・通所系サービス及び短期入所）を受けている <input type="checkbox"/> 訪問介護 (<input type="checkbox"/> 毎日 <input type="checkbox"/> 週4~6日 <input type="checkbox"/> 週3日以下) <input type="checkbox"/> 訪問入浴介護 (<input type="checkbox"/> 週3回以上 <input type="checkbox"/> 週2回以下) <input type="checkbox"/> 訪問看護 (<input type="checkbox"/> 毎日 <input type="checkbox"/> 週4~6日 <input type="checkbox"/> 週3日以下) <input type="checkbox"/> 訪問リハビリテーション (<input type="checkbox"/> 毎日 <input type="checkbox"/> 週4~6日 <input type="checkbox"/> 週3日以下) <input type="checkbox"/> 通所介護 (<input type="checkbox"/> 毎日 <input type="checkbox"/> 週4~6日 <input type="checkbox"/> 週3日以下) <input type="checkbox"/> 通所リハビリテーション (<input type="checkbox"/> 毎日 <input type="checkbox"/> 週4~6日 <input type="checkbox"/> 週3日以下) <input type="checkbox"/> 短期入所生活介護 (最近3か月の利用日数 _____ 日) <input type="checkbox"/> 短期入所療養介護 (最近3か月の利用日数 _____ 日) <input type="checkbox"/> 小規模多機能型居宅介護 <input type="checkbox"/> その他 (_____) ※その他、居宅サービス等が十分に受けられない理由など特にありましたらお書きください。 [_____]
住 宅 の 状 況		<input type="checkbox"/> 他施設又は医療機関に入所・入院中であるが、退所後、行き場がない (理由)
		<input type="checkbox"/> 段差・手すり・浴室・トイレ・居室の広さなどが介護に適さず、住宅改修も困難である (理由)
		その他、住宅の状況で困っていること等ありましたら、お書きください。 [_____]
	認 知 症 な ど の 状 況	<input type="checkbox"/> 認知症などによる症状（頻繁にみられるもの）がある <input type="checkbox"/> 認知症などによる症状はない <input type="checkbox"/> 徘徊（室内を含む） <input type="checkbox"/> 暴言や暴力がある <input type="checkbox"/> 不潔行為（排泄物をいじるなど） <input type="checkbox"/> 妄想（物を盗られたなど） <input type="checkbox"/> 介護拒否（入浴、着替えなど） <input type="checkbox"/> 幻覚（現実にはないものが見える） <input type="checkbox"/> 不穏（いらいらしている） <input type="checkbox"/> 抑うつ状態（ふさぎこんでいる） <input type="checkbox"/> 異食（食べ物以外を口に作る） <input type="checkbox"/> 昼夜の逆転がある <input type="checkbox"/> 大声や奇声を出す <input type="checkbox"/> 物を集める、無断で持ってくる <input type="checkbox"/> その他 (_____)
入 所 希 望 者 が 要 介 護 1・2 の 場 合	特 例 入 所 の 申 立	居宅で日常生活を営むことが困難なことについてやむを得ない事由は、次のとおりです。 <input type="checkbox"/> 認知症である者であって、日常生活に支障を来すような症状・行動や意志疎通の困難さが頻繁に見られる。 <input type="checkbox"/> 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・行動や意志疎通の困難さ等が頻繁に見られる。 <input type="checkbox"/> 家族等による深刻な虐待が疑われること等により、心身の安全・安心の確保が困難である。 <input type="checkbox"/> 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。 ※具体的状況 [_____]

※太ワクの中をすべて記入してください。(不明な点は、施設にご相談ください。)

※口欄は、該当するものに×を記入してください。

入所希望者の状況	医療の状況	<input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> インシュリン注射 <input type="checkbox"/> その他 () <現在療養中の病気・特記事項等>			
	主治医	(病院名)	(医師名)	(住所)	(電話番号)

介護支援専門員記入欄	担当介護支援専門員 氏名	事業所名	連絡先電話番号	
	認知症高齢者の日常生活自立度	I ・ II a ・ II b ・ III a ・ III b ・ IV ・ M		
	障害高齢者の日常生活自立度	J 1 ・ J 2 ・ A 1 ・ A 2 ・ B 1 ・ B 2 ・ C 1 ・ C 2		
	在宅サービス利用率	% (直近3ヶ月の平均)		
	意見等	[特例入所の要件 (※要介護1・2の場合のみ) に該当するか、入所の必要性 緊急性などの意見を記入してください。]		

※要介護1・2の方の「特例入所」の要件

- ①認知症である者であって、日常生活に支障を来すような症状・行動や意志疎通の困難さが頻繁に見られる。
- ②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・行動や意志疎通の困難さが頻繁に見られる。
- ③家族等による深刻な虐待が疑われること等により、心身の安全・安心確保が困難である。
- ④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。

施設記入欄	入所申込書受付日	令和	年	月	日
	入所決定日	令和	年	月	日

診療情報提供書

TEL099-295-0729

ふりがな 氏名	男・女	生年月日	M T S	年	月	日	歳		
住所	電話								
傷病名	現在の健康状態								
既往歴	服用中の薬剤名								
体質アレルギー	薬物アレルギー 有 無								
喘息 蕁麻疹	その他	食物アレルギー					魚 卵黄	その他	
血圧	伝染性疾患の有無(有の場合は、感染の恐れの有無)								
身長	cm	体重	kg	LUES 有・無				感染の恐れ有・無	
運動麻痺	有(左・右)		無	HB抗原 有・無				感染の恐れ有・無	
言語障害	有・無		結核 有・無				感染の恐れ有・無		
視力障害	有・無		皮膚疾患 有・無				感染の恐れ有・無		
聴力障害	有・無		その他:						
認知症状	1.記憶障害 2.見当識障害 3.性格変化 4.意識障害 5.徘徊 6.大小便失禁 7.昼夜逆転								
認知症の原因の分類	1. 脳血管性 2. アルツハイマー型 3. その他 4. 不明								
障害自立度	自立	J1	J2	A1	A2	B1	B2	C1	C2
認知自立度	自立	I	IIa	IIb	IIIa	IIIb	IV	M	
その他・特記事項									

作成日 令和 年 月 日

医療機関名
担当医師名

印

医療的情報等記入シート

入所申し込み時の診療情報提供書に準じる書類となります。

可能な限り詳細なご記入にご協力ください。

記入日: _____年 _____月 _____日

記入者: _____ (申込者との関係)

申込者氏名

申込者氏名:

申込者性別:

年齢・生年月日

年齢:

生年月日:

身長・体重

身長: _____ cm

体重: _____ kg

かかりつけ医
主治医

医療機関名:

主疾患:

既往歴:

主疾患・既往歴

疾患や既往歴について、いつ頃どこで診断を受けたかお分かりでしたらご記入ください。

(例) 脳梗塞 平成30年6月 ●●病院で入院治療治療

種別: アルツハイマー型 レビー小体型 前頭側頭型 脳血管性 その他 ()

認知症の有無

診断の有無 ()

具体的な症状 記憶障害 見当識障害 性格変化 意欲障害 摂食嚥下障害 徘徊
排せつトラブル 昼夜逆転 易怒性 せん妄 その他 ()

自立度判定

障害自立度: 自立 J1 J2 A1 A2 B1 B2 C1 C2

認知症自立度: 自立 I IIa IIb IIIa IIIb IV M

服薬内容

※記入内容が多い等の場合、医療機関や調剤薬局の発行した薬剤情報のコピーを添付ください。

その他
特記事項

特別養護老人ホーム七福神 利用料金表
利用料金表 (1割負担の場合)

令和6年8月～

内 訳	要介護3				要介護4				要介護5						
	月額 (30日)				月額 (30日)				月額 (30日)						
介護サービス費	24,450円	(1日815)	26,580円	(1日886)	28,650円	(1日955)									
看護体制加算 (I)	180円	(1日6)	180円	(1日6)	180円	(1日6)									
日常生活支援加算 (II)	1,380円	(1日46)	1,380円	(1日46)	1,380円	(1日46)									
排せつ支援加算 (II)	15円	(1月15)	15円	(1月15)	15円	(1月15)									
夜勤職員配置加算 (II)	810円	(1日27)	810円	(1日27)	810円	(1日27)									
小 計	26,835円				28,965円				31,035円						
食材料費	第1段階 9,000円	第2段階 11,700円	第3段階① 19,500円	第3段階② 40,800円	第4段階 45,000円	第1段階 9,000円	第2段階 11,700円	第3段階① 19,500円	第3段階② 40,800円	第4段階 45,000円	第1段階 9,000円	第2段階 11,700円	第3段階① 19,500円	第3段階② 40,800円	第4段階 45,000円
居住費	26,400円	26,400円	41,100円	41,100円	69,000円	26,400円	26,400円	41,100円	41,100円	69,000円	26,400円	26,400円	41,100円	41,100円	69,000円
小 計	35,400円	38,100円	60,600円	81,900円	114,000円	35,400円	38,100円	60,600円	81,900円	114,000円	35,400円	38,100円	60,600円	81,900円	114,000円
合 計	62,235円	64,935円	87,435円	108,735円	140,835円	64,365円	67,065円	89,565円	110,865円	142,965円	66,435円	69,135円	91,635円	112,935円	145,035円

※ 介護サービス費は居住費、食費を除き、前年度の所得に応じた負担割合 (1割・2割・3割) になります。市町村が発行する負担割合証をご確認ください。

※ 上記加算は主な加算を記載しております。入居後加算が増減する場合があります。

※ 第1段階～3段階 (非課税世帯等) の方は市町村への申請により居住費・食材料費が軽減されます。

食材料費 (1日) 第1段階 (300円) 第2段階 (390円) 第3段階① (650円) 第3段階② (1,360円) 第4段階 (1,500円)

居住費 (1日) 第1段階 (880円) 第2段階 (880円) 第3段階 (1,370円) 第4段階 (2,300円)

※ 理美容代・日用品・消耗品 (歯ブラシ、歯磨き粉、ティッシュ等) 個人で使用する品物について個人負担となります。

