

指定介護老人福祉施設(特別養護老人ホーム)入所申込書

申込日 令和 年 月 日

指定介護老人福祉施設:特別養護老人ホーム 爽 施設長 沼里進 様

申込者	住所	〒	
<input type="checkbox"/> ご本人	ふりがな		本人との続柄
<input type="checkbox"/> ご家族	氏名		
<input type="checkbox"/> 代理人	電話番号	()	

次の者が貴施設に入所したいので申し込みます。

ふりがな		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	年齢	歳
ご本人の氏名		生年月日	年 月 日		
本人の現住所	〒	電話番号	()		
郵便等の送付先	<input type="checkbox"/> 同上 <input type="checkbox"/> 上記以外	住所	〒		
要介護認定状況	被保険者番号(右詰め)		保険者		
	要介護度	<input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2 ※市町村への照会: 年 月 日 結果: <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可 <input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5			
	認定期間	年 月 日 ~ 年 月 日			
介護者の状況	ふりがな		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	続柄
	氏名		生年月日	年 月 日	年齢 歳
	居住状況	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居(住所)			
	疾病	<input type="checkbox"/> あり(具体的な症状や治療の頻度) <input type="checkbox"/> なし			
	就労	<input type="checkbox"/> 働いている <input type="checkbox"/> 自営業 <input type="checkbox"/> 会社等勤務(<input type="checkbox"/> 常勤 <input type="checkbox"/> パート等) <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> 働いていない(<input type="checkbox"/> 介護に専念 <input type="checkbox"/> 高齢 <input type="checkbox"/> 健康不安 <input type="checkbox"/> その他()			
	複数介護	<input type="checkbox"/> 申込者以外の介護や育児あり(具体的に:) <input type="checkbox"/> なし			
指定居宅介護サービス	<input type="checkbox"/> 指定居宅サービスを利用している(ただし、福祉用具貸与は除く) <input type="checkbox"/> 利用していない				
	<input type="checkbox"/> 訪問介護 <input type="checkbox"/> 訪問入浴 <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 訪問リハビリ <input type="checkbox"/> 通所介護 <input type="checkbox"/> 通所リハビリ <input type="checkbox"/> 短期入所				
	上記サービスの週当たりの利用日数	<input type="checkbox"/> 1~2日 <input type="checkbox"/> 3~4日 <input type="checkbox"/> 5~7日			
住居環境	住居形態	<input type="checkbox"/> 戸建住宅(<input type="checkbox"/> 平屋 <input type="checkbox"/> 2階建) <input type="checkbox"/> アパート・マンション(階/エレベーター <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無)			
	介護環境	特記事項(トイレや浴室等)			
現在入所中の施設名 在宅生活について	現在の住居	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 老健 <input type="checkbox"/> 有料 <input type="checkbox"/> グループホーム <input type="checkbox"/> サ高住 <input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> その他()			
	病院名 施設名	住所	〒 - 入院等の時期(令和 年 月頃)		
	退院等の 見込み	<input type="checkbox"/> 退院(所)を勧められている <input type="checkbox"/> 退院(所)したい(<input type="checkbox"/> 病気が治った <input type="checkbox"/> 金銭負担が重い)			
	在宅生活 困難理由				
特筆すべき事項 (特例入所の要件関連)	<input type="checkbox"/> 認知症があり、日常生活に支障を来している <input type="checkbox"/> 上記で、重度(認知症自立度がⅢA以上)である		<input type="checkbox"/> 知的障がい、精神障がい等を伴い、日常生活に支障を来している	<input type="checkbox"/> 家族等による深刻な虐待が疑われる	<input type="checkbox"/> 単身世帯等で家族等による支援が期待できない <input type="checkbox"/> 上記の状態が介護者の急死等で発生
	医療的処置の状況	現病名や既往歴			
	医療的処置の状況	<input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> たんの吸引 <input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> インスリン注射 <input type="checkbox"/> カテーテル留置 <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> 褥瘡 <input type="checkbox"/> 点滴 <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 胃瘻 <input type="checkbox"/> その他()			
参考事項	指定居宅介護支援事業所名			担当ケアマネジャー	
	他施設への申込	<input type="checkbox"/> 当施設のみに申込み <input type="checkbox"/> 他の施設にも申込んでいる <input type="checkbox"/> これから他の施設にも申込み ※ 既に申込んでいる施設名:			
	入所時期の希望	<input type="checkbox"/> 今すぐにも入所したい <input type="checkbox"/> 1年以内に入所したい <input type="checkbox"/> 年 月頃入所したい			
	健康保険種別	<input type="checkbox"/> 社保 <input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 後期高齢者	年金種別	<input type="checkbox"/> 障害 <input type="checkbox"/> 遺族 (万円/2ヶ月)	

注)介護保険の被保険者証をご持参の上、施設に提示して下さい。

入所申込書別紙

第一連絡先	フリガナ (氏名) (続柄) (TEL)自宅 携帯		
	(住所) 〒 -		
第二連絡先	フリガナ (氏名) (続柄) (TEL)自宅 携帯		
	(住所) 〒 -		
病歴	病名	病院	何歳頃
負担段階	負担限度額認定証 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 有 段階		
予防接種	新型コロナワクチン <input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未 最終接種(年 月 日)		
	インフルエンザワクチン <input type="checkbox"/> 未 <input type="checkbox"/> 済(年 月 日) <input type="checkbox"/> 予定(年 月 日)		
	肺炎球菌ワクチン <input type="checkbox"/> 未 <input type="checkbox"/> 済(年 月 日) <input type="checkbox"/> 予定(年 月 日)		
アレルギー関連	<input type="checkbox"/> 薬物アレルギー() <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> 食物アレルギー() <input type="checkbox"/> アレルギーなし		
生活歴	ご兄弟: 人 番目 お子様: 人 (男 人、女 人) (どのような暮らしをしておりましたか?・趣味は何ですか?)		
宗教	<input type="checkbox"/> ある () <input type="checkbox"/> ない		
障害者手帳	身体障害者手帳 <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 申請予定 種別: (種 級)		
	精神障害者保健福祉手帳 <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 申請予定 (級)		
	療育手帳 <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2		
血液型	A ・ B ・ O ・ AB 型 (+) (-)		
備考			

※わかる範囲でご記入願います。

※お薬用紙又はお薬手帳のコピーをお預かりしますのでご持参ください

※コロナワクチンの接種接種証明書のコピーをお預かりしますのでご持参ください

指定介護老人福祉施設(特別養護老人ホーム)入所申込書

申込日 令和 年 月 日

指定介護老人福祉施設:特別養護老人ホーム 爽 施設長 沼里進 様

申込者 住所 〒○○○-●●●● ●●●●郡●●●●町●●●● ○-○-○
ふりがな やはば たろう
氏名 矢巾 太郎
電話番号 000 (000) 0000

次の者が貴施設に入所したいので申し込みます。

Table with columns for personal information, care needs, family situation, and facility details. Includes handwritten red annotations and circled areas.

注)介護保険の被保険者証をご持参の上、施設に提示して下さい。

入所申込書別紙

第一連絡先	フリガナ (氏名) (続柄) (TEL)自宅 携帯		
	(住所) 〒 -		
第二連絡先	フリガナ (氏名) (続柄) (TEL)自宅 携帯		
	(住所) 〒 -		
病歴	病名	病院	何歳頃
	把握している部分で構いません。 担当のケアマネジャー様に確認し、記入をお願いいたします。		
負担段階	負担限度額認定証 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 有 段階		
予防接種	新型コロナウイルス	最終接種(年 月 日)	
	インフルエンザ	年 月 日) <input type="checkbox"/> 予定 (年 月 日)	
	肺炎球菌ワクチン	<input type="checkbox"/> 未 <input type="checkbox"/> 済(年 月 日) <input type="checkbox"/> 予定 (年 月 日)	
アレルギー関連	<input type="checkbox"/> 薬物アレルギー()		把握している部分で構いませんので記入をお願いします
	<input type="checkbox"/> 食物アレルギー()		
生活歴	ご兄弟: 人 番目	お子様: 人 (男 人 女 人)	
	(どのような暮らしをしておりましたか?・趣味は何ですか?) 生活歴は入所者ご本人を知るうえで重要です。把握している部分で構いませんので記入をお願いします。		
宗教	<input type="checkbox"/> ある () <input type="checkbox"/> ない		
障害者手帳	身体障害者手帳 <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> 申請中	(種 級)
	精神障害者保健福祉手帳 <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> 申請予定	(級)
	療育手帳 <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2	
血液型	A・B・O・AB 型 (+) (-)		
備考	その他施設側に伝えたい事があれば記入して下さい		

※わかる範囲でご記入願います。

※お薬用紙又はお薬手帳のコピーをお預かりしますのでご持参ください

※コロナワクチンの接種接種証明書のコピーをお預かりしますのでご持参ください

■ 施設サービス費 料金表

特別養護老人ホーム シェーンハイム 爽
 【介護保険事業者番号：0372201160】 令和6年8月1日

●多床室（4人部屋）

介護度	施設サービス費			食費	居住費	教養娯楽費	合計額 (食費・居住費・教養娯楽費込) ※月額は30日で算出					
	1割負担	2割負担	3割負担				1割負担	2割負担	3割負担			
3	732円	1,464円	2,196円	* 1,780円	* 915円	40円	1日	3,467円	1日	4,199円	1日	4,931円
							月額	104,010円	月額	125,970円	月額	147,930円
4	802円	1,604円	2,406円	第1段階 300円	第1段階 0円	40円	1日	3,537円	1日	4,339円	1日	5,141円
				第2段階 390円	第2段階 430円		月額	105,679円	月額	130,170円	月額	154,230円
5	871円	1,742円	2,613円	第3段階①650円	第3段階 430円	40円	1日	3,606円	1日	4,477円	1日	5,348円
				第3段階②1360円	第3段階 430円		月額	107,756円	月額	135,067円	月額	160,440円

●多床室（2人部屋・4人部屋）

介護度	施設サービス費			食費	居住費	教養娯楽費	合計額 (食費・居住費・教養娯楽費込) ※月額は30日で算出					
	1割負担	2割負担	3割負担				1割負担	2割負担	3割負担			
1	589円	1,178円	1,767円	* 1,780円	* 915円	40円	1日	3,324円	1日	3,913円	1日	4,502円
							月額	99,720円	月額	117,390円	月額	135,060円
2	659円	1,318円	1,977円	第1段階 300円	第1段階 0円	40円	1日	3,394円	1日	4,053円	1日	4,712円
				第2段階 390円	第2段階 430円		月額	101,820円	月額	121,590円	月額	141,360円
				第3段階①650円	第3段階 430円		1日		1日		1日	
				第3段階②1360円	第3段階 430円		月額		月額		月額	

●個室（従来型）

介護度	施設サービス費			食費	居住費	教養娯楽費	合計額 (食費・居住費・教養娯楽費込) ※月額は30日で算出					
	1割負担	2割負担	3割負担				1割負担	2割負担	3割負担			
3	732円	1,464円	2,196円	* 1,780円	* 1,231円	40円	1日	3,783円	1日	4,515円	1日	5,247円
							月額	113,490円	月額	135,450円	月額	157,410円
4	802円	1,604円	2,406円	第1段階 300円	第1段階 380円	40円	1日	3,853円	1日	4,655円	1日	5,457円
				第2段階 390円	第2段階 480円		月額	115,590円	月額	139,650円	月額	163,710円
5	871円	1,742円	2,613円	第3段階①650円	第3段階 880円	40円	1日	3,922円	1日	4,793円	1日	5,664円
				第3段階②1360円	第3段階 880円		月額	117,660円	月額	143,790円	月額	169,920円

●個室（従来型）

介護度	施設サービス費			食費	居住費	教養娯楽費	合計額 (食費・居住費・教養娯楽費込) ※月額は30日で算出					
	1割負担	2割負担	3割負担				1割負担	2割負担	3割負担			
1	589円	1,178円	1,767円	* 1,780円	* 1,231円	40円	1日	3,640円	1日	4,229円	1日	4,818円
							月額	109,200円	月額	126,870円	月額	144,540円
2	659円	1,318円	1,977円	第1段階 300円	第1段階 380円	40円	1日	3,710円	1日	4,369円	1日	5,028円
				第2段階 390円	第2段階 480円		月額	111,300円	月額	131,070円	月額	150,840円
				第3段階①650円	第3段階 880円		1日		1日		1日	
				第3段階②1360円	第3段階 880円		月額		月額		月額	