

入居申込にあたって

～特別養護老人ホーム 光生舎ゆいま～る・もみじ台～

1. 入居申込受付

○入居をご希望される方は、必要書類を下記の提出先に郵送またはご持参ください。

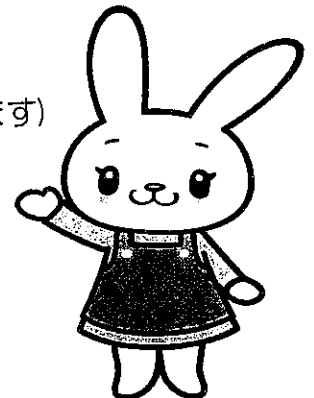
- ◆受付時間 午前9時～午後5時 月曜日～金曜日（土・日を除く）
- ◆提出先 〒004-0012
札幌市厚別区もみじ台南3丁目4番地1号
社会福祉法人 北海道光生舎
特別養護老人ホーム光生舎ゆいま～る・もみじ台
電話 011(899)1600/FAX 011(899)1601

2. 入居対象者

原則、日常生活の介護を必要とする要介護度3～5の方で、ご家庭では介護が困難な方

3. 入居申込に関する必要書類

- 1) 入居申込書
- 2) 介護保険被保険者証の写し
- 3) 介護保険要介護認定調査票の写し
(概況調査・基本調査・特記事項の3種・主治医意見書)
※書類の取得については、区市町村の担当窓口にお問合せください。
※基本調査がない場合は、介護認定審査会資料でも可
- 4) 介護保険料の所得段階が確認できるもの
 - ・介護保険負担限度額認定証の写し（お持ちの場合は必ず）
 - ・介護保険納入通知書の写し
 - ・介護保険料特別徴収決定通知書の1枚目と2枚目の写し } いずれか一つ
- 5) 介護保険サービスをご利用されている方は、介護サービス利用票及び利用票別表の写し（直近3箇月分）
※書類の取得については、担当のケアマネジャーにお問い合わせください。
※3箇月以上、施設や病院に入所・入院されている方は必要ありません。
- 6) 介護保険サービスをご利用されている方は、サービス計画書の写し
(直近3ヶ月以内に変更があれば、変更前のものも併せて提出願います)
※書類の取得については、担当のケアマネジャーにお問い合わせください。
※3ヶ月以上、病院に入院されている方は必要ありません。



特別養護老人ホーム 光生舎ゆいま〜る・もみじ台 入居申込書

【申込者・連絡先】

申込日	令和 年 月 日
受付日	

〒 - 住所：	
氏名	(続柄)
電話	(携帯)

※受付日は施設で記入いたします。

特別養護老人ホーム光生舎ゆいま〜る・もみじ台へ入居したいので次のとおり申し込みます。

申込先 (入居希望施設)	社会福祉法人 北海道光生舎 光生舎ゆいま〜る・もみじ台		保険者	
			被保険者番号	
フリガナ		性別	要介護度	<input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5 <input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 区分変更申請中
氏名		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		
生年月日	<input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 年 月 日 (歳)	要介護認定期間	年 月 日から 年 月 日まで	
現住所	〒 -			
現 状	<input type="checkbox"/> ア：自宅で一人暮らしをしている <input type="checkbox"/> イ：自宅で家族と暮らしている <input type="checkbox"/> ウ：施設・病院に入所（入院）中			
	※「ウ：施設・病院等に入所（入院）中」の方は記入してください 施設名又は病院名（ ） 所在地（ 【市町村のみ】） ※入所又は入院時期： 年 月 日 から入所・入院している			
入居希望者の状況 家族等の状況	家族構成	<input type="checkbox"/> ア：イ・ウ以外の世帯 <input type="checkbox"/> イ：高齢者夫婦世帯（18歳未満の子と夫婦との世帯を含む） <input type="checkbox"/> ウ：独居		
	介護者の有無	<input type="checkbox"/> ア：主たる介護者以外に必要時に協力者あり <input type="checkbox"/> イ：介護者は一人のみ <input type="checkbox"/> ウ：介護者はいない		
	介護者の年齢	<input type="checkbox"/> ア：60歳未満 <input type="checkbox"/> イ：60歳～74歳 <input type="checkbox"/> ウ：75歳以上（介護者はいない）		
	介護者の健康	<input type="checkbox"/> ア：健康である <input type="checkbox"/> イ：健康に不安を抱えている <input type="checkbox"/> ウ：介護者自身が要介護者である（介護者はいない）		
	介護可能時間	<input type="checkbox"/> ア：十分に介護にあたる時間あり <input type="checkbox"/> イ：一部不在になる時間あり <input type="checkbox"/> ウ：ほとんど時間がとれない（介護者はいない）		
	要介護者との関係	<input type="checkbox"/> ア：良好 <input type="checkbox"/> イ：介護は行っているが疲労感は強い <input type="checkbox"/> ウ：最低限の関わりのみ（介護者はいない）		
生活の状況	待機状況	<input type="checkbox"/> ア：施設・病院等に入所（入院）中で退去（退院）の働きかけがない <input type="checkbox"/> イ：施設・病院等に入所（入院）中で退去（退院）の働きかけがある＝ 入所可能期間（ <input type="checkbox"/> イ制限なし <input type="checkbox"/> ウ：6～12ヶ月 <input type="checkbox"/> オ：6ヶ月未満） <input type="checkbox"/> オ：自宅等		
	在宅サービス利用率	<input type="checkbox"/> ア：施設・病院に入所（入院）中 <input type="checkbox"/> イ：限度額の40%未満 <input type="checkbox"/> ウ：限度額の40%～60%未満 <input type="checkbox"/> エ：限度額の60%～80%未満 <input type="checkbox"/> オ：限度額の80%以上		

生活の状況	在宅サービス利用状況	<input type="checkbox"/> ア：施設・病院に入所（入院）中 <input type="checkbox"/> イ：十分サービスを利用している <input type="checkbox"/> ウ：まあまあサービスを利用している <input type="checkbox"/> エ：一部サービス利用を抑制している <input type="checkbox"/> オ：かなりサービス利用を抑制している				
	保険料の段階	<input type="checkbox"/> ア：第5段階以上 <input type="checkbox"/> イ：第4段階 <input type="checkbox"/> ウ：第3段階 <input type="checkbox"/> エ：第2段階 <input type="checkbox"/> オ：第1段階 <input type="checkbox"/> カ：生活保護受給中				
	住居	<input type="checkbox"/> ア：施設・病院に入所（入院）中 <input type="checkbox"/> イ：快適な生活のできる住宅 <input type="checkbox"/> ウ：一部居住性に問題がある <input type="checkbox"/> エ：かなり居住性に問題がある <input type="checkbox"/> オ：帰る住まいがない				
	入居希望時期	<input type="checkbox"/> ア：今すぐ入居したい <input type="checkbox"/> イ：平成 年 月頃までに入居したい				
	医療の状況	<input type="checkbox"/> ア：経管栄養 <input type="checkbox"/> イ：胃ろう <input type="checkbox"/> ウ：IVH <input type="checkbox"/> エ：インシュリン注射 <input type="checkbox"/> オ：在宅酸素 <input type="checkbox"/> カ：褥瘡（床ずれ） <input type="checkbox"/> キ：バルーンカテーテル <input type="checkbox"/> ク：人工肛門 <input type="checkbox"/> ケ：人工膀胱 <input type="checkbox"/> コ：認知症 <input type="checkbox"/> サ：精神的障害 <input type="checkbox"/> シ：その他（ ）				
		【現在治療中の病気・服薬等特記事項】		【既往歴・入院・手術歴】		
かかりつけ医療機関 第1： 第2： 第3：						
申込状況	<input type="checkbox"/> ア：当該施設のみ申込 <input type="checkbox"/> イ：他の施設へ申込んでいる又は今後申し込む予定 ※既に申し込んでいる施設（ ） ※今後申し込む予定の他の施設（ ）					
身体状況	視力	<input type="checkbox"/> ア：普通 <input type="checkbox"/> イ：弱視 <input type="checkbox"/> ウ：全盲 眼鏡使用（有・無）	聴力	<input type="checkbox"/> ア：普通 <input type="checkbox"/> イ：やや難聴 <input type="checkbox"/> ウ：難聴 補聴器使用（有・無）	意思疎通	<input type="checkbox"/> ア：可 <input type="checkbox"/> イ：一部可 <input type="checkbox"/> ウ：不可
	麻痺	<input type="checkbox"/> ア：有（上肢 左・右・両 ）（下肢 左・右・両 ） <input type="checkbox"/> イ：無				
	移動	<input type="checkbox"/> ア：歩行（自力・杖・歩行器） <input type="checkbox"/> イ：車椅子（自力・介助）	食事	<input type="checkbox"/> ア：自立 <input type="checkbox"/> イ：一部介助 <input type="checkbox"/> ウ：全介助	入浴	<input type="checkbox"/> ア：自立 <input type="checkbox"/> イ：一部介助 <input type="checkbox"/> ウ：全介助
	着脱衣	<input type="checkbox"/> ア：自立 <input type="checkbox"/> イ：一部介助 <input type="checkbox"/> ウ：全介助 衣服の準備、選択（自由記入） []	整容	洗面： <input type="checkbox"/> ア：自立 <input type="checkbox"/> イ：一部介助 <input type="checkbox"/> ウ：全介助 歯磨き： <input type="checkbox"/> ア：自立 <input type="checkbox"/> イ：一部介助 <input type="checkbox"/> ウ：全介助 入れ歯： <input type="checkbox"/> ア：有 <input type="checkbox"/> イ：無		
	排泄	<input type="checkbox"/> ア：トイレ <input type="checkbox"/> イ：Pトイレ <input type="checkbox"/> ウ：オムツ （自立・声かけ誘導・一部介助・全介助）		性格	<input type="checkbox"/> ア：協調的 <input type="checkbox"/> イ：普通 <input type="checkbox"/> ウ：拒否的 <input type="checkbox"/> エ：その他（ ）	
主たる介護者	フリガナ			性別	本人との関係	
	氏名			<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	生年月日	<input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日（ 歳）
	同居の区分	<input type="checkbox"/> 同居している <input type="checkbox"/> 同居していない（住所： ）				
	申込理由	【介護の上で困っていることをお書き下さい】				
紹介者又は担当者	居宅介護支援事業所又は入所（入院）中の施設・病院名 担当者名： 連絡先電話番号（ ） -					

特別養護老人ホーム 光生舎ゆいま～る・もみじ台 入居申込書

【申込者・連絡先】

申込日	令和〇〇年〇〇月〇〇日
受付日	

〒〇〇〇-〇〇〇〇
住所：札幌市〇〇区〇〇条〇〇丁目〇-〇

※受付日は施設で記入いたします。

氏名 光生 一郎 (続柄 長男)

特別養護老人ホーム光生舎ゆいま～る・もみじ台へ入居したいので次のとおり申し込みます。

電話〇11-899-1600 (携帯090-〇〇〇〇-〇〇〇〇)

申込先 (入居希望施設)	社会福祉法人 北海道光生舎 光生舎ゆいま～る・もみじ台		保険者	札幌市〇〇区	
			被保険者番号	〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇	
フリガナ	コウセイ タロウ	性別	要介護度	<input checked="" type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5	
氏名	光生 太郎	<input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		<input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 区分変更申請中	
生年月日	<input type="checkbox"/> 明治 <input checked="" type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 〇〇年〇〇月〇〇日 (〇〇歳)	要介護認定期間	〇〇年〇〇月〇〇日から 〇〇年〇〇月〇〇日まで		
現住所	〒〇〇〇-〇〇〇〇 札幌市〇〇区〇〇条〇〇丁目〇-〇				
現状	<input type="checkbox"/> ア：自宅で一人暮らしをしている <input checked="" type="checkbox"/> ウ：施設・病院に入所(入院)中		<input type="checkbox"/> イ：自宅で家族と暮らしている		
	※「ウ：施設・病院等に入所(入院)中」の方は記入してください 施設名又は病院名(〇〇〇〇病院) 所在地(札幌市【市町村のみ】) ※入所又は入院時期： 〇〇年 〇〇月 〇〇日 から入所・入院している				
家族等の状況	家族構成	<input type="checkbox"/> ア：イ・ウ以外の世帯 <input checked="" type="checkbox"/> イ：高齢者夫婦世帯(18歳未満の子と夫婦との世帯を含む)		<input type="checkbox"/> ウ：独居	
	介護者の有無	<input type="checkbox"/> ア：主たる介護者以外に必要時に協力者あり <input checked="" type="checkbox"/> イ：介護者は一人のみ		<input type="checkbox"/> ウ：介護者はいない	
	介護者の年齢	<input type="checkbox"/> ア：60歳未満 <input type="checkbox"/> イ：60歳～74歳		<input checked="" type="checkbox"/> ウ：75歳以上(介護者はいない)	
	介護者の健康	<input type="checkbox"/> ア：健康である <input checked="" type="checkbox"/> ウ：介護者自身が要介護者である(介護者はいない)		<input type="checkbox"/> イ：健康に不安を抱えている	
	介護可能時間	<input type="checkbox"/> ア：十分に介護にあたる時間あり <input type="checkbox"/> ウ：ほとんど時間がとれない(介護者はいない)		<input checked="" type="checkbox"/> イ：一部不在になる時間あり	
	要介護者との関係	<input type="checkbox"/> ア：良好 <input type="checkbox"/> ウ：最低限の関わりのみ(介護者はいない)		<input checked="" type="checkbox"/> イ：介護は行っているが疲労感は強い	
生活の状況	待機状況	<input type="checkbox"/> ア：施設・病院等に入所(入院)中で退去(退院)の働きかけがない <input type="checkbox"/> イ：施設・病院等に入所(入院)中で退去(退院)の働きかけがある＝ 入所可能期間(<input type="checkbox"/> イ制限なし <input type="checkbox"/> ウ：6～12ヶ月 <input checked="" type="checkbox"/> エ：6ヶ月未満) <input type="checkbox"/> オ：自宅等			
	在宅サービス利用率	<input checked="" type="checkbox"/> ア：施設・病院に入所(入院)中 <input type="checkbox"/> ウ：限度額の40%～60%未満 <input type="checkbox"/> オ：限度額の80%以上		<input type="checkbox"/> イ：限度額の40%未満 <input type="checkbox"/> エ：限度額の60%～80%未満	

入居希望者の状況

家族等の状況

生活の状況

入居希望者の状況

生活の状況

在宅サービス利用状況	<input checked="" type="checkbox"/> ア：施設・病院に入所（入院）中 <input type="checkbox"/> ウ：まあまあサービスを利用している <input type="checkbox"/> オ：かなりサービス利用を抑制している		<input type="checkbox"/> イ：十分サービスを利用している <input type="checkbox"/> エ：一部サービス利用を抑制している	
保険料の段階	<input type="checkbox"/> ア：第5段階以上 <input type="checkbox"/> エ：第2段階	<input checked="" type="checkbox"/> イ：第4段階 <input type="checkbox"/> オ：第1段階	<input type="checkbox"/> ウ：第3段階 <input type="checkbox"/> カ：生活保護受給中	
住居	<input checked="" type="checkbox"/> ア：施設・病院に入所（入院）中 <input type="checkbox"/> ウ：一部居住性に問題がある <input type="checkbox"/> オ：帰る住まいがない		<input type="checkbox"/> イ：快適な生活のできる住宅 <input type="checkbox"/> エ：かなり居住性に問題がある	
入居希望時期	<input checked="" type="checkbox"/> ア：今すぐ入居したい <input type="checkbox"/> イ：平成 年 月頃までに入居したい			
医療の状況	<input type="checkbox"/> ア：経管栄養 <input checked="" type="checkbox"/> イ：胃ろう <input type="checkbox"/> ウ：IVH <input type="checkbox"/> エ：インシュリン注射 <input type="checkbox"/> オ：在宅酸素 <input type="checkbox"/> カ：褥瘡（床ずれ） <input type="checkbox"/> キ：バルーンカテーテル <input type="checkbox"/> ク：人工肛門 <input type="checkbox"/> ケ：人工膀胱 <input checked="" type="checkbox"/> コ：認知症 <input type="checkbox"/> サ：精神的障害 <input type="checkbox"/> シ：その他（ ）			
	【現在治療中の病気・服薬等特記事項】 ○○、○○のため入院中 ○○薬を食後3回	【既往歴・入院・手術歴】 ○○年 大腸ポリープ ○○年 心筋梗塞 ○○年 白内障		
	かかりつけ医療機関 第1：○○○○病院 第2：○○○○病院 第3：○○○○病院			
申込状況	<input type="checkbox"/> ア：当該施設のみ申込 <input checked="" type="checkbox"/> イ：他の施設へ申し込んでいる又は今後申し込む予定			
	※既に申し込んでいる施設 （ 特別養護老人ホーム ○○○○ ） ※今後申し込む予定の他の施設（ ）			

身体状況

視力	<input type="checkbox"/> ア：普通 <input checked="" type="checkbox"/> イ：弱視 <input type="checkbox"/> ウ：全盲 眼鏡使用（有・無）	聴力	<input checked="" type="checkbox"/> ア：普通 <input type="checkbox"/> イ：やや難聴 <input type="checkbox"/> ウ：難聴 補聴器使用（有・無）	意思疎通	<input type="checkbox"/> ア：可 <input checked="" type="checkbox"/> イ：一部可 <input type="checkbox"/> ウ：不可
麻痺	<input checked="" type="checkbox"/> ア：有（上肢 <u>左</u> 右・両）（下肢 <u>左</u> 右・両） <input type="checkbox"/> イ：無				
移動	<input type="checkbox"/> ア：歩行（自力・杖・歩行器） <input checked="" type="checkbox"/> イ：車椅子（自力・ <u>介助</u> ）	食事	<input checked="" type="checkbox"/> ア：自立 <input type="checkbox"/> イ：一部介助 <input type="checkbox"/> ウ：全介助	入浴	<input type="checkbox"/> ア：自立 <input checked="" type="checkbox"/> イ：一部介助 <input type="checkbox"/> ウ：全介助
着脱衣	<input checked="" type="checkbox"/> ア：自立 <input type="checkbox"/> イ：一部介助 <input type="checkbox"/> ウ：全介助 衣服の準備、選択（自由記入）[自分で行いたい]	整容	洗面： <input type="checkbox"/> ア：自立 <input checked="" type="checkbox"/> イ：一部介助 <input type="checkbox"/> ウ：全介助 歯磨き： <input type="checkbox"/> ア：自立 <input checked="" type="checkbox"/> イ：一部介助 <input type="checkbox"/> ウ：全介助 入れ歯： <input checked="" type="checkbox"/> ア：有 <input type="checkbox"/> イ：無		
排泄	<input type="checkbox"/> ア：トイレ <input type="checkbox"/> イ：Pトイレ <input checked="" type="checkbox"/> ウ：オムツ （自立・声かけ誘導・一部介助・ <u>全介助</u> ）	性格	<input checked="" type="checkbox"/> ア：協調的 <input type="checkbox"/> イ：普通 <input type="checkbox"/> ウ：拒否的 <input type="checkbox"/> エ：その他（ ）		

主たる介護者

フリガナ	コウセイ ハナコ	性別	本人との関係	妻
氏名	光生 花子	<input type="checkbox"/> 男 <input checked="" type="checkbox"/> 女	生年月日	<input type="checkbox"/> 明治 <input checked="" type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 ○○年○○月○○日（○○歳）
同居の区分	<input checked="" type="checkbox"/> 同居している <input type="checkbox"/> 同居していない（住所： ）			
申込理由	【介護の上で困っていることとお書き下さい】 自分も高齢であり、退院後の自宅での介護が困難なため。			

紹介者又は担当者

居宅介護支援事業所又は入所（入院）中の施設・病院名
居宅介護支援事業所 ○○○○
 担当者名：○○ ○○○ 連絡先電話番号（011）○○○-○○○○

第1段階(世帯全員が市民税非課税で老齢福祉年金を受給している方、生活保護を受給している方)

	算定内訳(日額)	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
①利用者負担額(1割)	施設サービス費	679	750	826	898	968
	夜勤職員配置加算(Ⅱ)口	18	18	18	18	18
	看護体制加算(Ⅰ)口	4	4	4	4	4
	看護体制加算(Ⅱ)口	8	8	8	8	8
	個別機能訓練加算	12	12	12	12	12
	日常生活継続支援加算	46	46	46	46	46
	初期加算(入居日から30日間のみ)	30	30	30	30	30
	処遇改善加算	97	105	114	123	132
①小計		907	987	1,073	1,155	1,235
②保険外負担額	食費	300	300	300	300	300
	居住費	820	820	820	820	820
②小計		1,120	1,120	1,120	1,120	1,120
①+②(1日あたり合計金額)		2,027	2,107	2,193	2,275	2,355
①利用者負担額(1割)月30日の場合		27,207	29,610	32,197	34,661	37,063
②保険外負担額月30日の場合		33,600	33,600	33,600	33,600	33,600
合計(1ヶ月)①+②		60,807	63,210	65,797	68,261	70,663

高額介護サービス費を申請した場合

①利用者負担額(1割)月30日の場合	15,000	15,000	15,000	15,000	15,000
②保険外負担額月30日の場合	33,600	33,600	33,600	33,600	33,600
合計(1ヶ月)①+②	48,600	48,600	48,600	48,600	48,600

第2段階(世帯全員が市民税非課税で、前年の公的年金収入額と合計所得額の合計が80万円以下の方)

	算定内訳(日額)	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
①利用者負担額(1割)	施設サービス費	679	750	826	898	968
	夜勤職員配置加算(Ⅱ)口	18	18	18	18	18
	看護体制加算(Ⅰ)口	4	4	4	4	4
	看護体制加算(Ⅱ)口	8	8	8	8	8
	個別機能訓練加算	12	12	12	12	12
	日常生活継続支援加算	46	46	46	46	46
	初期加算(入居日から30日間のみ)	30	30	30	30	30
	処遇改善加算、ベースアップ加算	97	105	114	123	132
①小計		907	987	1,073	1,155	1,235
②保険外負担額	食費	390	390	390	390	390
	居住費	820	820	820	820	820
②小計		1,210	1,210	1,210	1,210	1,210
①+②(1日あたり合計金額)		2,117	2,197	2,283	2,365	2,445
①利用者負担額(1割)月30日の場合		27,207	29,610	32,197	34,661	37,063
②保険外負担額月30日の場合		36,300	36,300	36,300	36,300	36,300
合計(1ヶ月)①+②		63,507	65,910	68,497	70,961	73,363

高額介護サービス費を申請した場合

①利用者負担額月30日の場合	15,000	15,000	15,000	15,000	15,000
②保険外負担額月30日の場合	36,300	36,300	36,300	36,300	36,300
合計(1ヶ月)①+②	51,300	51,300	51,300	51,300	51,300

(単価:円)

第3段階①(世帯全員が市民税非課税で、前年の公的年金収入額と合計所得額の合計が80万円～120万円以下の)

算定内訳(日額)		要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
①利用者負担額(1割)	施設サービス費	679	750	826	898	968
	夜勤職員配置加算(Ⅱ)口	18	18	18	18	18
	看護体制加算(Ⅰ)口	4	4	4	4	4
	看護体制加算(Ⅱ)口	8	8	8	8	8
	個別機能訓練加算	12	12	12	12	12
	日常生活継続支援加算	46	46	46	46	46
	初期加算(入居日から30日間のみ)	30	30	30	30	30
	処遇改善加算、ベースアップ加算	97	105	114	123	132
①小計		907	987	1,073	1,155	1,235
②保険外負担額	食費	650	650	650	650	650
	居住費	1,310	1,310	1,310	1,310	1,310
②小計		1,960	1,960	1,960	1,960	1,960
①+②(1日あたり合計金額)		2,867	2,947	3,033	3,115	3,195
①利用者負担額(1割)月30日の場合		27,207	29,610	32,197	34,661	37,063
②保険外負担額月30日の場合		58,800	58,800	58,800	58,800	58,800
合計(1ヶ月)①+②		86,007	88,410	90,997	93,461	95,863

高額介護サービス費を申請した場合

①利用者負担額(1割)月30日の場合		24,600	24,600	24,600	24,600	24,600
②保険外負担額月30日の場合		58,800	58,800	58,800	58,800	58,800
合計(1ヶ月)①+②		83,400	83,400	83,400	83,400	83,400

第3段階②(世帯全員が市民税非課税で、前年の公的年金収入額と合計所得額の合計が120万円以上の方)

算定内訳(日額)		要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
①利用者負担額(1割)	施設サービス費	679	750	826	898	968
	夜勤職員配置加算(Ⅱ)口	18	18	18	18	18
	看護体制加算(Ⅰ)口	4	4	4	4	4
	看護体制加算(Ⅱ)口	8	8	8	8	8
	個別機能訓練加算	12	12	12	12	12
	日常生活継続支援加算	46	46	46	46	46
	初期加算(入居日から30日間のみ)	30	30	30	30	30
	処遇改善加算、ベースアップ加算	97	105	114	123	132
①小計		907	987	1,073	1,155	1,235
②保険外負担額	食費	1,360	1,360	1,360	1,360	1,360
	居住費	1,310	1,310	1,310	1,310	1,310
②小計		2,670	2,670	2,670	2,670	2,670
①+②(1日あたり合計金額)		3,577	3,657	3,743	3,825	3,905
①利用者負担額(1割)月30日の場合		27,207	29,610	32,197	34,661	37,063
②保険外負担額月30日の場合		80,100	80,100	80,100	80,100	80,100
合計(1ヶ月)①+②		107,307	109,710	112,297	114,761	117,163

高額介護サービス費を申請した場合

①利用者負担額(1割)月30日の場合		24,600	24,600	24,600	24,600	24,600
②保険外負担額月30日の場合		80,100	80,100	80,100	80,100	80,100
合計(1ヶ月)①+②		104,700	104,700	104,700	104,700	104,700

第4段階(市民税課税世帯の方)

	算定内訳(日額)	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
①利用者負担額(1割)	施設サービス費	679	750	826	898	968
	夜勤職員配置加算(Ⅱ)口	18	18	18	18	18
	看護体制加算(Ⅰ)口	4	4	4	4	4
	看護体制加算(Ⅱ)口	8	8	8	8	8
	個別機能訓練加算	12	12	12	12	12
	日常生活継続支援加算	46	46	46	46	46
	初期加算(入居日から30日間のみ)	30	30	30	30	30
	処遇改善加算、ベースアップ加算	97	105	114	123	132
①小計	907	987	1,073	1,155	1,235	
②保険外負担額	食費	1,445	1,445	1,445	1,445	1,445
	居住費	3,100	3,100	3,100	3,100	3,100
②小計	4,545	4,545	4,545	4,545	4,545	
①+②(1日あたり合計金額)	5,452	5,532	5,618	5,700	5,780	
①利用者負担額(1割)月30日の場合	27,207	29,610	32,197	34,661	37,063	
②保険外負担額月30日の場合	136,350	136,350	136,350	136,350	136,350	
合計(1ヶ月)①+②	163,557	165,960	168,547	171,011	173,413	

第4段階(市民税課税世帯の方) ※2割負担者

	算定内訳(日額)	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
①利用者負担額(2割)月30日の場合	54,414	59,219	64,394	69,321	74,126	
②保険外負担額月30日の場合	136,350	136,350	136,350	136,350	136,350	
合計(1ヶ月)①+②	190,764	195,569	200,744	205,671	210,476	

高額介護サービス費を申請した場合(年収770万円以下で上限44,000円の場合)

①利用者負担額月30日の場合	44,400	44,400	44,400	44,400	44,400
②保険外負担額月30日の場合	136,350	136,350	136,350	136,350	136,350
合計(1ヶ月)①+②	180,750	180,750	180,750	180,750	180,750

第4段階(市民税課税世帯の方) ※3割負担者

	算定内訳(日額)	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
①利用者負担額(3割)月30日の場合	81,621	88,829	96,590	103,982	111,188	
②保険外負担額月30日の場合	136,350	136,350	136,350	136,350	136,350	
合計(1ヶ月)①+②	217,971	225,179	232,940	240,332	247,538	

高額介護サービス費を申請した場合(年収770万円以下で上限44,000円の場合)

①利用者負担額月30日の場合	44,400	44,400	44,400	44,400	44,400
②保険外負担額月30日の場合	136,350	136,350	136,350	136,350	136,350
合計(1ヶ月)①+②	180,750	180,750	180,750	180,750	180,750

※1 上記の金額はあくまでも目安であり、月額につきましては日額(目安額)×利用日数の額とは異なる場合があります。

※2 預貯金等の資産上限額 第2段階(650万円以下) 第3段階①(550万円以下) 第3段階②(500万円以下)

※3 科学的介護推進体制加算(月40円) ADL維持加算(月30円) 経口維持加算(月405円)が対象者のみ

※4 この他に個別のサービス提供を受けた場合、別途加算が発生いたします。

(例 外泊時、入院費用加算 246単位(250円)月6日まで 月7日以降は第1・2段階の方は800円/1日、第3段階・課税の方は1,600円/1日)

※5 この他にご入居様が希望された場合には日常生活費(介護保険給付対象外)が発生いたします。(別紙1 参照)

※6 居住費や食費は、収入や保有する預貯金に応じて、金額が変更となる可能性があります。

※7 介護報酬の改定により金額が変更となる可能性があります。

<介護保険給付対象外の利用者負担一覧表(日常生活費)>

【施設内サービス内容】

種類	内訳	実費負担額	内訳	実費負担額
電気使用料	※居室に持ち込まれた電気製品は、使用頻度に関わらず、料金が発生します。 また、使用開始月の翌月から料金が発生します。			
電化製品	テレビ	1日 30円 (1点につき)	冷蔵庫	1日 30円 (1点につき)
	電気毛布、こたつ等の暖房器具		1日 30円(1点につき)	
	その他の電化製品で1日10円以上かかるものについては個別に料金を相談させていただきます。			
種類	内訳		実費負担額	
預かり金管理	金銭管理が困難な方に、預かり金管理、各種支払い代行等のサービスをご利用いただけます。		1日 50円	
教養娯楽費	クラブ活動や行事等内容に応じ実費をご負担していただきます。		実費	
クリーニング代	ご希望により外部業者へ取次ぎいたします。		実費	
長期不在時費用	長期入院及び長期外泊の場合、7日目以降より居室確保費用をご負担いただきます。 (※6日間までは「外泊時費用」となります。)		第1・第2段階の方は 1日 800円	
			第3・第4段階の方は 1日 1,600円	

【施設外サービス内容】

種類	内訳	実費負担額	内訳	実費負担額
理美容費	外部業者が定期的に出張してきます。		カット(1回)	2,500円
	ノーマルパーマ (カット込み)	7,000円	カット・顔そり(1回)	3,000円
	ノーマルカラー (カット込み)	7,000円	ベッドカット(1回)	3,000円
【リクライニング車椅子ご使用の方で下記の状態の方はカット料金+550円の技術料が掛かります。】				
<ul style="list-style-type: none"> ・自力で座位の姿勢が取れない場合 ・2人体制で支える場 ・支えがないとお首の安定が保てない状態の場合 ・硬直が強い場合 ・ずり落ちる場合 				

◆◇◆ ご注意ください ◆◇◆

※家電製品を入居された日以降に持ち込まれる時は、必ず、事務所職員かユニット職員へ申し出下さい。
 ※電気製品の使用を中止する場合は、必ず、事務所職員かユニット職員へ申し出下さい。

医療行為一覧

インシュリン注射	△ 7:30~18:00の時間帯ならば可	中心静脈栄養	×
痰の吸引	△ 7:30~18:00の時間帯ならば可	経管栄養	×
ストーマ	○	人工呼吸器	×
感染症（肝炎、梅毒、MRSA）	○	在宅酸素	×
点滴	△ 常時でなければ可	看取り	×（看取り期に近い状態になった際は、療養型病院をご紹介致します）
膀胱留置カテーテル	○	人工透析	×

看護師は365日7:30~18:00の出勤となります。

勤務時間外はオンコールにてご対応致します。医療行為等でご不明な点がございましたらご相談下さい。

