

特別養護老人ホームあすかHOUSE手稲・白石・中央への入所申し込み書類について

この度は、特別養護老人ホームあすかHOUSE手稲・白石・中央へ入所申し込みをいただき、誠にありがとうございます。

入所申し込みに関しましては下記の書類を提出していただく必要がございます。

	書類	概要	備考
○	入所申し込み書	希望の事業所に○をしてください。 複数の事業所に申し込む場合は1枚記入後コピーをし、各事業所へご持参または郵送ください。	事業所ではコピーはおこないませんので、必ず申請者がコピーをしてください。
○	介護保険被保険者証の写し	要介護度が記載、三つ折りになっています。	裏面のコピーは不要です。
○	介護保険負担割合証の写し	保険割合(1割・2割・3割)が記載されています。	負担割合により、料金が変わります。
○	認定調査票	要介護認定申請(更新)時の、調査された内容が記載されています。	保険者である市区町村に保管されていますので、お取り寄せください。
△	介護保険負担限度額認定証の写し	居室料・食費が記載されています。 単身または夫婦の年金収入・預貯金により居室料・食費の料金が変わります。	非課税世帯で要件に該当した方のみ発行されます。 保険者である市区町村に申し込みが必要になります。
△	社会福祉法人等利用者負担減額確認証の写し	非課税世帯の中でも、より低所得・低預貯金の方が対象になります。 該当された場合、記載されている%に合わせて利用料金が減額されます。	非課税世帯で要件に該当した方のみ発行されます。 保険者である市町村に申し込みが必要になります。
△	サービス利用票及び別表の写し (直近3か月分)	在宅サービス(デイサービス、訪問介護など)を利用している場合、ケアマネージャーが毎月持参する物です。	在宅サービスを利用している方のみ必要です。
○	関係機関等への問い合わせに関する同意書	個人情報のやりとりをさせていただくための同意書です。	居宅介護支援事業所や入所中の他施設・病院等に問い合わせをさせていただくことがございます。

○…申し込み時、必要な書類 △…該当者のみ

特別養護老人ホームあすかHOUSE
手稲 白石 中央 様

関係機関等に個人情報を問い合わせることについての同意書

この度、貴事業所への申し込みに際し、貴事業所が入居希望者の個人情報について関係機関(居宅介護支援事業所・病院・施設など)へ問い合わせを及び確認をおこなうことに同意致します。

令和 年 月 日

入居希望者氏名 _____ (印)

代理人氏名 _____ (印)

申込者氏名 _____ (印)

入所申し込み書送付または持参先

※「入所申し込み書在中」と宛名面にお書きください。

特別養護老人ホームあすかHOUSE手稲

〒006-0087 札幌市手稲区曙11条1丁目7-7
TEL:011-685-8000 FAX:011-685-8600



特別養護老人ホームあすかHOUSE白石

〒003-0011 札幌市白石区中央1条5丁目1-10
TEL:011-833-5003 FAX:011-833-5006



特別養護老人ホームあすかHOUSE中央

〒060-0063 札幌市中央区南3条西14丁目1-1
TEL:011-209-8001 FAX:011-209-8006



メールで入所相談をされる場合

3施設共有メールアドレス: asuka-soudan@asuka-sw.jp

行事やレクリエーションの様子は、当法人ホームページのブログをご覧ください。

社会福祉法人 明日佳



受付日 令和 年 月 日

特別養護老人ホーム 手稲・白石・中央 入所申込書

申込者・連絡先

申込日	令和 〇 年 〇 月 〇 日
住所	〒〇〇〇-〇〇〇 東京都〇〇区〇〇町……
氏名	明日佳 次郎 本人との関係 長男
電話	携帯電話 03-△△△-〇〇〇

記入例

当事業所で記入しますので、なにも書かないでください。

連絡先となるご家族、または関係者の連絡先を

希望する事業所に〇をしてください。複数希望数場合はコピーをとり、各事業所へ送付または持参してください。

介護保険証の被保険者番号をご記入ください。※健康保険証、後期高齢者医療保険証、マイナンバーの番号ではありません。

札幌市手稲区

入所されるご本人の情報を記入ください。

特別養護老人ホーム あすかHOUSE

手稲 白石 中央

〇〇〇〇〇〇〇〇

フリガナ	アスカ タロウ	性別	要介護度	1 2 3 ④ 5
氏名	明日佳 太郎	男	要介護認定期間	平成・令和 年 月 日 ~ 平 日
生年月日	大正 〇 年 4 月 5 日(〇 歳)			
現住所	〒006-0841 札幌市手稲区曙11条1丁目7-7 介護保険証の住所地と異なる場合()			
現況	<input type="checkbox"/> 自宅で一人で暮らしている <input checked="" type="checkbox"/> 自宅で家族と暮らしている <input type="checkbox"/> 施設・病院に入所(入院)中 介護されている方(または中心となってご本人にかかわっている方)の状況をご記入ください。 <input type="checkbox"/> 病院名() 所在地() <input type="checkbox"/> 入院時期:平成・令和 年 月 日 頃から、入院・入所している <input type="checkbox"/> 単身の世帯 <input checked="" type="checkbox"/> イ:高齢者夫婦世帯 <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がある <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 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"/> 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がある <input checked="" type="checkbox"/> イ:一部不在になる時間がある <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 checked="" type="checkbox"/> イ:介護はおこなっているが疲 <input type="checkbox"/> ウ:最低時間のかかわりのみ(介護者はいない)			
生活の状況	<input type="checkbox"/> ア:施設・病院に入所(入院)中で、退去(退院)の働きかけがない ※施設・病院に入所(入院)中で退去(退院)の働きかけがある場合、入所継続可能期間 <input type="checkbox"/> イ:制限なし <input type="checkbox"/> ウ:6~12ヶ月未満 <input checked="" type="checkbox"/> オ:自宅等 不明な場合は、同封のサービス利用票及び別票を参考にさせていただきます。			
在宅サービス利用率	<input type="checkbox"/> ア:施設・病院に入所(入院)中 <input checked="" 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			

介護保険証に記載されている住所をご記入ください。

介護保険証に記載されている住所と異なる住所にお住まいの方は、その住所をご記入ください。

入居されるご本人の状況をご記入ください。

※裏面もご記入ください

住宅型有料老人ホーム・サービス付き高齢者住宅・ケアハウスにお住まいの方は「在宅」となります。

施設・病院に入所(入院中) イ:十分サービスを利用している
ア:まあまあサービスを利用している エ:一部サービスを抑制している
ク:ほとんどサービスを抑制している

保険料の段階 ア:第5段階以上 イ:第4段階 ウ:第3段階 エ:第2段階 オ:第1段階 カ:生活保護

入所希望者の状況

住居 ア:施設・病院に入所(入院中) イ:快適な生活の
ウ:一部居住性に問題がある エ:かなり居住性に問題がある オ:

入所希望時期 ア:今すぐ入所したい イ: 年 月頃までに入所したい

医療の状況
ア:経管栄養 イ:胃ろう ウ:在宅酸素 エ:インシュリン注射 オ:人工肛門
カ:その他()
 【現在治療中の病気・特記事項等】
 65歳のときから糖尿病で、自分ではできず妻がインシュリン注射を朝おこなっている。
 【アレルギー等】

アレルギーの有無、体調面で気になること、皮膚の状況、薬の副作用などがある方は、こちらにご記入ください。

ア:当該施設の申し込みのみ イ:他の施設に申し込んでいるまたは申し込み予定

申請状況 ア:既に申し込みをされている施設(○苑)
イ:申し込み予定の施設(△△ホーム)

介護されている方の情報をご記入ください。※申込者と同一である必要はありません。

氏名 あすか はなこ 性別 本人との関係 妻
 明日佳 花子 女 生年月日 大正 昭和 平成
年 月 日(歳)

同居の区分 ア:同居している イ:別居している(住所:)

申し込み理由
 【介護の上で困っていることをお書きください】
 認知症があり、同じ話を繰り返す。ときどき、「見知らぬ男性が家をのぞいている」などと言うことがある。
 昨年右足の大腿骨を骨折し、車いすとなった。玄関が2階のため、外出が難しくなった。
 自分自身も要介護1と判定が出ており、これ以上の介護は厳しくなった。

紹介者または担当者
ア:地域包括支援センター イ:居宅介護支援事業所 ウ:病院または施設
エ:その他 【担当者名】 手稲 草子
 【名称】 あすかHOUSEケアプランセンター 【電話番号】 〇〇〇-△△△△

【要介護1または2の方が入居するためには、下記のいずれかに該当することが必要です。ご自身の判断で該当すると思われる項目の印をつけてください。】

認知症である者であって、日常生活に日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁にみられる。
 知的障がい・精神障がい等を伴い、日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁にみられる。
 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。
 単身世帯である、同居家族が高齢また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。

【上記に該当した箇所について、具体的にお書きください】

※平成27年度介護保険法改正により、特別養護老人ホームへの入所は要介護3以上の方のみ申し込み可となりました。
 要介護1、2の方で特別養護老人ホームへの入所を希望される方は、こちらの理由書をもって札幌市と当事業所とで協議致します。

※こちらの入所申し込みで得た個人情報、社会福祉法人明日佳の特別養護老人ホーム内の希望された事業所での入所決定に際してのみ、使用させていただきます。

あすかHOUSE手稲・白石・中央料金表 (R3.8.1～)

【ユニット型介護老人福祉施設】

【負担限度額1段階】生活保護受給者、無年金者等

	★介護保険サービス費 (負担1割)	★加算 (負担1割)	食費	居住費	1日あたりの 合計	★処遇改善加算 医療費・薬代 その他の費用など	1月(30日) あたりの合計
要介護3	793単位	約160単位	300円	820円	約2100円	実費	約66,000円
要介護4	862単位	約160単位	300円	820円	約2200円	実費	約69,000円
要介護5	929単位	約160単位	300円	820円	約2300円	実費	約72,000円

【負担限度額2段階】国民年金で年収80万円以下で、預貯金が単身650万円以下、
または夫婦世帯で1650万円以下の方

	★介護保険サービス費 (負担1割)	★加算 (負担1割)	食費	居住費	1日あたりの 合計	★処遇改善加算 医療費・薬代 その他の費用など	1月(30日) あたりの合計
要介護3	793単位	約160単位	390円	820円	約2200円	実費	約69,000円
要介護4	862単位	約160単位	390円	820円	約2300円	実費	約72,000円
要介護5	929単位	約160単位	390円	820円	約2400円	実費	約75,000円

【負担限度額3段階①】年収が80万円以上120万円以下で、(遺族年金、障がい者年金を含む)
預貯金が単身550万円以下、または夫婦世帯で1550万円以下

	★介護保険サービス費 (負担1割)	★加算 (負担1割)	食費	居住費	1日あたりの 合計	★処遇改善加算 医療費・薬代 その他の費用など	1月(30日) あたりの合計
要介護3	793単位	約160単位	650円	1310円	約3000円	実費	約93,000円
要介護4	862単位	約160単位	650円	1310円	約3100円	実費	約96,000円
要介護5	929単位	約160単位	650円	1310円	約3200円	実費	約99,000円

【負担限度額3段階②】年収が120万円以上で、(遺族年金、障がい者年金を含む)
預貯金が単身500万円以下、または夫婦世帯で1500万円以下

	★介護保険サービス費 (負担1割)	★加算 (負担1割)	食費	居住費	1日あたりの 合計	★処遇改善加算 医療費・薬代 その他の費用など	1月(30日) あたりの合計
要介護3	793単位	約160単位	1360円	1310円	約3700円	実費	約114,000円
要介護4	862単位	約160単位	1360円	1310円	約3800円	実費	約117,000円
要介護5	929単位	約160単位	1360円	1310円	約3900円	実費	約120,000円

【負担限度額4段階】課税世帯及び、上記2～3段階で上限額以上の預貯金を所有している場合

※下表はあすかHOUSE手稲・あすかHOUSE白石の場合

	★介護保険サービス費 (負担1割)	★加算 (負担1割)	食費	居住費	1日あたりの 合計	★処遇改善加算 医療費・薬代 その他の費用など	1月(30日) あたりの合計
要介護3	793単位	約160単位	1445円	2006円	約4600円	実費	約141,000円
要介護4	862単位	約160単位	1445円	2006円	約4700円	実費	約144,000円
要介護5	929単位	約160単位	1445円	2006円	約4800円	実費	約147,000円

※裏面もご確認ください。

【負担限度額4段階】課税世帯及び、上記2～3段階で上限額以上の預貯金を所有している場合

※下表はあすかHOUSE中央の場合

	★介護保険 サービス費 (負担1割)	★加算 (負担1割)	食費	居住費	1日あたりの 合計	★処遇改善加算 医療費・薬代 その他の費用など	1月(30日) あたりの合計
要介護3	793単位	約160単位	1445円	2200円	約4800円	実費	約147,000円
要介護4	862単位	約160単位	1445円	2200円	約4900円	実費	約150,000円
要介護5	929単位	約160単位	1445円	2200円	約5000円	実費	約153,000円

【その他の費用】※表・上記料金表には、こちらの料金も勘案し計算しています。

財産管理費	居室確保料	理美容代	特別な口腔ケアグッズ
1000円/月	1500円/日	実費	実費
電気使用料	クリーニング代	レクリエーション代	Wi-Fi代(あすかHOUSE中央のみ)
50円/日	実費	実費	1000円/月(パソコン持ち込みの方)

【注意事項】

※★印は介護保険にかかる費用となります。「介護保険負担割合証」に記載されている割合に応じ、料金が算定されます。2割負担、3割負担の方は、★印がそれぞれ2倍、3倍となります。

※★印の単位に地域単価率7級地の10.14%をかけ、各個人の負担割合に合わせた額を算定致します。

※加算・処遇改善加算は各事業所の人員配置、サービスの内容によって決定します。

そのためここに記載されている料金は、おおよその金額になることをご了承ください。

※要介護1・2の方は「特例入所」となり、入所に当たり条件がございます。

料金に関してはお問い合わせください。

※負担限度額第1～第3段階は非課税世帯の方になります。単身または夫婦世帯収入にて計算されます。

保険者である市区町村にて「介護保険負担限度額認定証」の発行が必要となります。

※第4段階以上は、課税世帯の方となります。介護保険負担限度額認定証は発行されません。

また非課税世帯であっても、預貯金額が各段階の上限以上を所有していた場合、負担限度額証は非該当となり、第4段階で利用料金が算定されます。

※負担限度額認定証は、市区町村役所介護保険担当課にて申請が必要となります。

【社会福祉法人等利用者負担減額対象確認証】

・非課税世帯の中でもより低所得及び低預貯金の方に、利用料金がより減免される制度がございます。

・市区町村役所介護保険担当課にて、申請が必要となります。

※年収が単身者で150万円以下であること(世帯員が一人増えるごとに50万円加算)

※預貯金が単身世帯で350万円以下であること(世帯員が一人増えるごとに100万円加算)

※課税世帯に扶養されていないこと。

※介護保険料を滞納していないこと。

【高額介護サービス費】

・表面★印(介護保険対象費)の1か月の費用が下記の限度額を超えた場合、超えた額が返還されます。

・市区町村役所介護保険担当課にて申請が必要です。住所地のある市区町村役所にお問い合わせ下さい。