

特別養護老人ホーム「鹿田の庄」入所申込みの案内

【 申し込みに必要なもの 】

1・特別養護老人ホーム「鹿田の庄」入所申し込み書

要介護1、2の方は「特例入所申込書」を添付

2・介護保険証のコピー

3・健康保険証または後期高齢者医療被保険者証コピー

4・高齢受給者証のコピー（持っておられる方）

5・直近の3ヶ月分のサービス利用表のコピー

- * 上記の書類を施設へ直接お持ちください。揃っていない場合は、受け付けが出来ませんので、ご注意ください。
- * 入所申込み書の記入は、できる限り正確かつ詳しくお書き下さい。後日、記載事項に明らかな虚偽が判明した場合は、入所申込みが無効になります。
- * 記載事項に変更が生じた場合は、必ず届け出をして下さい。
- * 年1回書面にて調査を致しますが、返信やご連絡がない場合、調査後2年間は保留（保留期間は調査を行いません）とさせて頂き、その後、再申し込みが必要となりますので、ご注意ください。



特別養護老人ホーム鹿田の庄
岡山市北区東古松5丁目5-3

TEL：086-234-0333

担当：生活相談員

入 所 申 込 書

平成 年 月 日

本人	フリガナ		生年月日	明治・大正・昭和	性別	男・女
	氏名			年 月 日(歳)		
	住所	郵便番号(—)		電話番号		
		(_____ 小学校区)				

家族・申込者	フリガナ		続柄		備考	
	氏名					
	住所	郵便番号(—)		電話番号		
		(_____ 小学校区)		携帯番号		
その他連絡先	郵便番号(—)		電話番号			

支援事業所 居宅介護	事業所名		電話番号	
	フリガナ		備考	
担当者				

他申込 施設 状況	施設名1		申込 予定・済 (申込時期 年 月頃)
	施設名2		申込 予定・済 (申込時期 年 月頃)
	施設名3		申込 予定・済 (申込時期 年 月頃)

【説明確認及び同意書】

- ・入所申込から契約までの必要な手続き、入所順位決定方法、ならびに入所にあたっての注意事項について、施設から説明を受けました。
- ・入所前調査において取得した個人情報、施設で行われる入所判定の資料として使用することに同意します。
- ・申込書の内容に変化があった場合は、施設に連絡することについて同意します。
- ・入所可能な案内があつたにもかかわらず、自己都合により入所を辞退した場合は、入所順位名簿から削除されることに同意します。
- ・入所制度の適正な運用のため、この申込書及びそれらから作成した資料等を行政機関等の求めに応じて提供することに同意します。
- ・施設が居宅介護支援事業者等への入所希望者の状況について確認することに同意します。
- ・入所申込者が特例入所対象者である場合に、施設が介護保険の保険者である市町村へ特例入所の申込状況及び入所希望者の状況等について照会すること、また、当該市町村が担当の介護支援専門員等から入所申込者の状況等について確認することに同意します。

平成 年 月 日 氏名 _____ 印 (続柄 _____)

【施設記入欄】

--

担当者名:

介護認定	申請(更新・変更)中・済	被保険者番号	
要介護度	1・2・3・4・5	有効期間	平成 年 月 日～平成 年 月 日

特例入所要件の有無	有(詳細は別紙「特例入所申込書」のとおり)・無
-----------	-------------------------

介護者の状況	(<input type="checkbox"/> 内は該当項目にチェック) 該当する番号1つに○	1. 身寄りがなく、介護する者がいない
		2. 介護する者がいない(<input type="checkbox"/> 介護者が長期入院・入所 <input type="checkbox"/> 介護者が遠方に在住)
		3. 介護する者はいるが、十分な介護力がない (介護者が <input type="checkbox"/> 要介護状態 <input type="checkbox"/> 病気療養中 <input type="checkbox"/> 障害がある)
		4. 介護する者はいるが、介護にあたる時間を十分に確保できない (介護者が <input type="checkbox"/> 要介護状態・高齢 <input type="checkbox"/> 就労している <input type="checkbox"/> 他にも介護している <input type="checkbox"/> 育児している)
		5. 介護する者はいるが、上記以外の理由で介護を行うことが困難である
		6. 1～5に該当しない(介護に欠ける状態ではない)
		※ 上記を記入し、現在の家族状況、介護者の状況をご記入ください。

入所者本人の状況	(<input type="checkbox"/> 内は該当項目にチェック) 現在の住居及び介護サービスの利用状況	1. 施設 <input type="checkbox"/> 特養(<input type="checkbox"/> 従来型 <input type="checkbox"/> ユニット型) <input type="checkbox"/> 老健 <input type="checkbox"/> 介護療養型 <input type="checkbox"/> 養護 <input type="checkbox"/> ケアハウス <input type="checkbox"/> 認知症グループホーム <input type="checkbox"/> 有料老人ホーム <input type="checkbox"/> 救護・更生施設(保護施設) <input type="checkbox"/> 障害者入所施設 <input type="checkbox"/> 生活支援ハウス <input type="checkbox"/> その他() 施設名: _____ 担当者: _____
		2. 病院 (病名: _____ 入院: 平成 年 月から) 病院名: _____ 担当者: _____
		3. 在宅 <input type="checkbox"/> 訪問介護(<input type="checkbox"/> 週4回以上 <input type="checkbox"/> 週2～3回 <input type="checkbox"/> 週1回) <input type="checkbox"/> 訪問入浴介護(<input type="checkbox"/> 週1回以上) <input type="checkbox"/> 訪問看護/訪問リハビリテーション(<input type="checkbox"/> 週2回以上 <input type="checkbox"/> 週1回) <input type="checkbox"/> 定期巡回・随時対応型訪問介護看護 <input type="checkbox"/> 夜間対応型訪問介護 <input type="checkbox"/> 通所介護/通所リハビリテーション(<input type="checkbox"/> 週2回以上 <input type="checkbox"/> 週1回) <input type="checkbox"/> 認知症対応型通所介護 <input type="checkbox"/> 短期入所生活介護/療養介護(最近3か月の利用日数合計 _____日) <input type="checkbox"/> 小規模多機能型居宅介護 <input type="checkbox"/> 複合型サービス

その他	(<input type="checkbox"/> 内は該当項目にチェック) 該当する番号全てに○	1. 当該施設併設のショートステイを利用(<input type="checkbox"/> 通算60日以上 <input type="checkbox"/> 通算30日以上)
		2. 本人若しくは家族の住所 (<input type="checkbox"/> 桑田・岡輝中学校区内 <input type="checkbox"/> 桑田・岡輝中学校区に隣接する小学校区内)
		3. 本人若しくは家族がボランティア等で当法人に寄与
		4. 居住環境が介護に適さない (居住スペースが2階以上であり、階段の上り下りが必須。但し必ず介助が必要な方に限る。) (「床が抜けている」「雨漏りが酷い」等一般生活に支障がある住宅)
		※ 上記を記入し、申込理由等ご記入ください。

特例入所申込書(入所申込書別紙)

下記のとおり、居宅において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があるの
で、特例入所の申立を行います、

平成 年 月 日

住 所 _____ 氏 名 _____
被保険者番号 _____ 要介護度 1・2
入所申込先施設 _____

1 該当事項に☑をし、具体的状況を記載してください。

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・行動や意思疎通の困難さが頻繁に見られる。

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・行動や意思疎通の困難さ等が頻繁に見られる。

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)

[]

2 担当の介護支援専門員意見

[]

※「特例入所申込書」の書き方

- 要介護認定が1又は2の人が入所申込をする場合にのみ記入してください。
- 入所申込書を施設へ提出する際に一緒に提出してください。
- 「1. 該当事項に☑をし、具体的状況を…」
 - ・4つの「☐」のうち、該当するものに☑をしてください。
 - ・(具体的状況)は、特例入所の要件に該当しているかどうか、よくわかるように詳しく記入してください。
 - ・表面に書き切れない場合は、裏面又は別紙に記入してください。
- 「2. 担当の介護支援専門員意見」
 - ・担当の介護支援専門員(ケアマネ)の方に特例入所の要件に該当するかどうかの意見を記入してもらってください。
 - ・表面に書き切れない場合は、裏面又は別紙に記入してください。

1 (具体的状況)

2 担当の介護支援専門員意見

**介護老人福祉施設
特別養護老人ホーム鹿田の庄 利用料金表**

平成27年4月1日改定

基本 料金	要介護度	費用	内訳(介護費用+食費+居住費)
	要介護1	4,414 円/日	634円+1380円(朝300円・昼580円・夕500円)+2400円
	要介護2	4,481 円/日	701円+1380円(朝300円・昼580円・夕500円)+2400円
	要介護3	4,553 円/日	773円+1380円(朝300円・昼580円・夕500円)+2400円
	要介護4	4,620 円/日	840円+1380円(朝300円・昼580円・夕500円)+2400円
	要介護5	4,687 円/日	907円+1380円(朝300円・昼580円・夕500円)+2400円
加 算	初期加算	31円/日	新規入所及び入所後連続30日以上入院後再び入所された場合30日間加算
	入院・外泊時費用	250円/日	入院及び外泊をした際に、入退院(所)日を除く6日間(月をまたぐ場合は最大12日間)
	個別機能訓練加算	13円/日	個別機能訓練計画に基づき、計画的に行った機能訓練について加算
	日常生活継続支援加算	47円/日	12か月以内の新規入所者のうち要介護4～5の方の割合が70%以上又は12か月以内の新規入所者のうち認知症日常生活自立度Ⅲ以上の方の割合が65%以上又はたんの吸引及び経管栄養の管理を必要とする方の割合が15%以上であって、介護福祉士の割合が入所者の数が6又はその端数を増す毎に1以上配置している場合
	夜勤職員配置加算	19円/日	夜勤を行う介護職員又は看護職員の数が基準を1以上上回っている場合に加算
	栄養マネジメント加算	15円/日	管理栄養士を配置し主治医及び他職種と検討の上、嚥下機能及び食事形態に配慮した栄養ケア計画を作成し、それに従って栄養管理を行った場合に加算
	経口移行加算	29円/日	経管栄養の方に対し、経口摂取に移行する為の栄養管理を実施(180日間限度)
	経口維持加算	Ⅰ:406円/月 Ⅱ:102円/月	経口から食事を摂取している方で、摂食機能障害から誤嚥が認められる場合に加算 Ⅰ:経口維持計画を作成し、栄養管理を実施(6ヶ月間限度) Ⅱ:会議等に医師、歯科医師、歯科衛生士または言語聴覚士が参加
	口腔衛生管理体制加算	31円/月	歯科医師又は歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が、介護職員に対する口腔ケアに関わる技術的助言及び指導を月1回以上行っている場合
	口腔衛生管理加算	112円/月	歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が、入所者に対し、口腔ケアを月4回以上行った場合。ただし、口腔衛生管理体制加算を算定していない場合は、算定しない。
	療養食加算	19円/日	医師が管理して療養食を提供した場合
	看護体制加算(Ⅰ)	6円/日	常勤の看護師を1名以上配置している場合
	看護体制加算(Ⅱ)	14円/日	看護職員を基準配置よりも1名多く配置し、24時間の連絡体制(オンコール体制)を確保している場合
	看取り介護加算	Ⅰ:146円/日 Ⅱ:690円/日 Ⅲ:1298円/日	医師が終末期にあると判断し、同意を得た上で看取りの介護を行った場合に30日を限度に加算 Ⅰ:4日前～30日前、Ⅱ:前日及び前々日、Ⅲ:当日
	サービス提供体制強化加算	Ⅰ(イ):19円/日 Ⅰ(ロ):13円/日 Ⅱ:6円/日 Ⅲ:6円/日	Ⅰ(イ):介護職員の総数のうち介護福祉士が占める割合が60%以上 Ⅰ(ロ):介護職員の総数のうち介護福祉士が占める割合が50%以上 Ⅱ:介護・看護職員の総数のうち常勤職員の占める割合が75%以上 Ⅲ:直接介護を提供する職員の総数のうち勤続年数3年以上の者が占める割合が30%以上 それぞれ上記要件と合わせて入所者が定員を超えて利用しておらず、職員の配置が基準を下回っていない事を満たした場合、Ⅰ、Ⅱ、Ⅲの内いずれかを算定。但し日常生活支援加算を算定している場合は同時に算定できない
	退所時相談援助加算	406円/回	退所後の相談援助を行い、且つ、市町村及び介護支援センター等に対して必要な情報を提供した場合
	退所前連携加算	507円/回	退所に先立って、希望する居宅介護支援事業者に対して情報の提供を行い、連携して退所後の居宅サービス利用に関する調整を行った場合
	退所前訪問相談援助加算	467円/回	退所に先立って、退所後生活する居宅や施設等を訪問し、本人家族等に対して退所後のサービスについて相談援助を行った場合に最大2回を限度として加算
	退所後訪問相談援助加算	467円/回	退所後30日以内に生活している居宅や施設等を訪問し、本人家族等に対して相談援助を行った場合に1回を限度として加算
	在宅復帰支援機能加算	11円/日	退所後の在宅生活について本人・家族等の相談支援を行うと共に居宅介護支援事業者や主治医との連携を図る場合
認知症行動・心理症状緊急対応加算	203円/日	医師が、認知症の行動・心理症状が認められるため、在宅での生活が困難であり、緊急に入所することが適当であると判断した場合に7日を限度として加算	
介護職員処遇改善加算	所定単位数の5.9%	介護職員処遇改善計画を策定し、当該計画に基づき介護職員の処遇改善に努めている場合	

◎食費・居住費は世帯収入により限度額が適用され減額される事があります。

◎上記の基本料金、加算料金は、小数点以下切り捨ての料金となっております。1ヶ月単位での請求の為、料金に若干の誤差が出る場合がありますが、ご了承下さい。

特別養護老人ホーム 鹿田の庄 所得段階による料金試算表(30日計算)

第4段階以上…市町村民税世帯課税の方

	1割	食費(1380円/日)	居住費(2400円/日)	利用者負担	高額介護	償還分
要介護1	24,568	41,400	72,000	137,968	37,200	0
要介護2	26,785	41,400	72,000	140,185	37,200	0
要介護3	29,224	41,400	72,000	142,624	37,200	0
要介護4	31,472	41,400	72,000	144,872	37,200	0
要介護5	33,690	41,400	72,000	147,090	37,200	0

第3段階…市町村民税世帯非課税で利用者負担段階が2段階以外の方

	1割	食費(650円/日)	居住費(1310円/日)	利用者負担	高額介護	償還分
要介護1	24,568	19,500	39,300	83,368	24,600	0
要介護2	26,785	19,500	39,300	85,585	24,600	2,185
要介護3	29,224	19,500	39,300	88,024	24,600	4,624
要介護4	31,472	19,500	39,300	90,272	24,600	6,872
要介護5	33,690	19,500	39,300	92,490	24,600	9,090

第2段階…市町村民税非課税で年金等の課税所得が80万未満の方

	1割	食費(390円/日)	居住費(820円/日)	利用者負担	高額介護	償還分
要介護1	24,568	11,700	24,600	60,868	15,000	9,568
要介護2	26,785	11,700	24,600	63,085	15,000	11,785
要介護3	29,224	11,700	24,600	65,524	15,000	14,224
要介護4	31,472	11,700	24,600	67,772	15,000	16,472
要介護5	33,690	11,700	24,600	69,990	15,000	18,690

第1段階…高齢福祉年金受給者、生活保護受給者等

	1割	食費(300円/日)	居住費(820円/日)	利用者負担	高額介護	償還分
要介護1	24,568	9,000	24,600	58,168	15,000	9,568
要介護2	26,785	9,000	24,600	60,385	15,000	11,785
要介護3	29,224	9,000	24,600	62,824	15,000	14,224
要介護4	31,472	9,000	24,600	65,072	15,000	16,472
要介護5	33,690	9,000	24,600	67,290	15,000	18,690