

特別養護老人ホーム万葉苑 入 所 申 込 書

様式1

記入年月日

年

月

日

申込者	フリガナ	続 柄		年 齢	歳
	氏名				
住 所	〒 —	連絡先	自宅	—	—
			携帯	—	—

本 人	フリガナ	性 別	年	満	
	氏名				男 ・ 女
住 所	〒 —	連絡先	自宅	—	—
			携帯	—	—
本人の 現 況	☐ 独居 ☐ 老人保健施設 ☐ ケアハウス ☐ 一般病院 ☐ サ高住 ☐ グループホーム ☐ 有料老人ホーム ☐ 同居 ☐ 介護医療院 ☐ その他 ※事業所名()				

在宅サービスの利用状況	☐ デイサービス	☐ 訪問入浴	☐ 訪問介護	☐ 小規模多機能
☐ 訪問看護	☐ ショートステイ	事業所名()		
☐ その他保険外サービス ()				

主たる 介護者	申込者	配偶者 ・ 子供(の配偶者) ・ 孫 その他() ・ いない	就労の有無 ☐ 有 ☐ 無	年 齢	歳
------------	-----	------------------------------------	--	-----	---

被介護保険者番号	要支援 ☐ 1 ☐ 2	要介護 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5	見学の有無 ☐ 有 ☐ 無
介護支援専門員氏名	事業所名		
	連絡先 — —		

身体 状 況	視 力	☐ 普 通 ☐ 弱 視 ☐ 喪 失	食 事	☐ 自 立 ☐ 一部介助 ☐ 全介助
	聴 力	☐ 普 通 ☐ やや難聴 ☐ 難 聴	排 泄	☐ 自 立 ☐ 一部介助 ☐ 全介助(オムツ)
	発 語	☐ 普 通 ☐ やや可能 ☐ 不 可	入 浴	☐ 自 立 ☐ 一部介助 ☐ 特浴(機械浴等)
	意思疎通	☐ 可 ☐ 不 可	麻 痺	上肢(☐ 左・ ☐ 右) 下肢(☐ 左・ ☐ 右) ☐ 無
	歩 行	☐ 自 立 ☐ 一部介助 ☐ 不 可	拘 縮	上肢(☐ 左・ ☐ 右) 下肢(☐ 左・ ☐ 右) ☐ 無
精 神 状 況	認知症の症状 ☐ 有 ☐ 無 ※有の場合、 ☐ アルツハイマー型認知症 ・ ☐ 脳血管性認知症 ・ その他()			
	その他精神疾患等 ()			
既往歴				
現病歴				

入所申込理由	
他施設の入所申込も ☐ している (箇所) ☐ していない	

注)入所指針の円滑な運用を目的とする為、入所申込内容の情報確認等を市町村や関係事業所等に求める場合がありますが、入所申込書の提出を持って同意されたものとします。また内容については詳細に記入願います。

--	--	--	--

特別養護老人ホーム万葉苑 多床室(標準的な利用料金目安)

負担割合	負担段階	条件		
1割負担	1段階	収入金額 合計が 280万円未満	市民税 非課税	生活保護受給者の方
	2段階			年金収入80万円未満の方
	3段階①			年金収入80万円以上の120万以下の方
	3段階②			年金収入120万円以上の方
	4段階		市民税課税又は預貯金1000万円より上	
2割負担	4段階	収入金額合計が280万円以上344万円未満		
3割負担	4段階	収入金額合計が344万円以上		

1日当たりの居住費・食費

負担段階	居住費	食費
1段階	0	300
2段階	370	390
3段階①	370	650
3段階②	370	1360
4段階	960	1620

1ヶ月当たりの実質利用額(1ヶ月を31日として計算)

介護度	負担段階	利用月額	高額:支給額	実質利用月額
3	1段階	36,735	12,435	24,300
	2段階	50,995	12,435	38,560
	3段階①	59,055	2,835	56,220
	3段階②	81,065	2,835	78,230
	4段階	107,415	0	107,415
	4段階(2割)	134,819	10,439	124,380
	4段階(3割)	162,223	37,843	124,380
4	1段階	39,184	14,884	24,300
	2段階	53,444	14,884	38,560
	3段階①	61,504	5,284	56,220
	3段階②	83,514	5,284	78,230
	4段階	109,864	0	109,864
	4段階(2割)	139,717	15,337	124,380
	4段階(3割)	169,570	45,190	124,380
5	1段階	41,571	17,271	24,300
	2段階	55,831	17,271	38,560
	3段階①	63,891	7,671	56,220
	3段階②	85,901	7,671	78,230
	4段階	112,251	0	112,251
	4段階(2割)	144,491	20,111	124,380
	4段階(3割)	176,731	52,351	124,380

上記以外の費用としては、預かり金管理費として1日15円(31日で465円)、おやつ代として1日70円(31日で2,170円)とご利用者様等の希望によるテレビ等の電気使用量1日50円(31日で1,550円)がかかります。

高額:支給額→高額介護サービス費

利用者負担段階1～2の方は高額介護サービス費の支給申請を行うと、介護保険1割負担分(月額)のうち15,000円を超える分について返還される。

利用者負担段階3の方は介護保険1割負担分(月額)のうち24,600円を超えた分が返還される。

※但し、ここでは高額介護サービス費支給対象者が世帯に1名の場合として計算しています。

今後、加算の変更や法律の改正等により利用料金に変更される場合があります。

※負担割合、負担段階はお手持ちの「介護保険負担割合証」「介護保険負担限度額認定証」にてご確認下さい。

※上記料金には、日常生活継続支援加算Ⅰ(37円/日)・夜勤職員配置加算Ⅰ2(14円/日)・看護体制加算(5円/日)・処遇改善加算、特定処遇改善加算(71円～102円/日)・介護職員等ベースアップ等支援加算(11円～15円/日)が加算されています。また状況に応じて初期加算(31円/日)・安全対策体制加算(21円/日)・口腔衛生管理加算(3円/日)・療養食加算(19円/日)・若年性認知症入所者受入加算(124円/日)が加算されます。()の金額は1割負担の場合)

※外泊、入院の際は、期間中の居住費、また1月につき6日、月にまたがる場合は最大12日の間、福祉施設外泊時費用(253円/日)をご負担いただきます。()の金額は1割負担の場合)