

至誠ホーム アウリンコ 入所申込書

該当する番号に○印を

ふりがな		入所申込者ご本人との関係	配偶者、子供()	
申込書、ご記入の方の氏名と住所、電話番号	〒		その他()	
			同居、別居	
			電話	
ふりがな		性別	生年月日	満年齢
入所申込者ご本人のお名前		男 女	明治 大正 昭和	
			年 月 日	
住所	〒		電話	
介護保険被保険者番号		この申込書の問い合わせ先	氏名	
			電話	
要介護度	要介護1 要介護2 要介護3 要介護4 要介護5			
同居の方について	1. ひとり暮らし 2. ご夫婦のみ(相手の年齢 歳)			
	3. ご夫婦以外に同居者がいる			
主に介護している方について	介護する方は、1. いる 2. いない			
	主に介護している方 1. 健康 2. 病弱 3. 病気で治療中 4. 障害がある			
	主に介護している方 1. 働いている 2. 働いていない			
介護を手伝う方について	介護を手伝う方は、1. いる 2. いない			
	手伝う方がいる場合、その方は、1. 親族 2. 近所の方 3. その他()			
お住まいについて	今のお住まいは、1. 自宅 2. 自宅以外			
	自宅以外にお住まいの方は、戻る自宅が 1. ある 2. ない			
	1. 立ち退きを求められている 2. 家屋の老朽化が著しい			
介護する上での住宅の問題について	1. エレベーターのない集合住宅の2階以上に住んでいる			
	2. 自分の部屋がない 3. 自分の部屋と別の階にトイレや風呂がある			
その他あてはまるもの	食事… 1. 自立 2. 一部介助 3. 全介助 排泄… 1. 自立 2. 一部介助 3. 全介助			
	歩行… 1. 自立 2. 一部介助 3. 全介助 認知症の周辺症状… 1. あり 2. なし			
	1. 徘徊 2. 暴力行為 3. 不潔行為 4. 異食 5. 大声や奇声			
	6. その他の行為(具体的に)			
	7. 医療器具を使っている(具体的に)			
	8. 病気がある(病名)			
【入所申込みにあたり、ご意見を】				

現在、受けている介護や治療の様子について

ご自宅以外での介護や治療(居室の方は未記入)	現在、いらっしゃる所は、1. 病院 2. 老人保健施設 3. 介護療養型医療施設
	4. 養護老人ホーム 5. 軽費老人ホーム 6. ケアハウス
	7. 有料老人ホーム 8. グループホーム 9. その他()
	施設の名称と所在地
	電話 入院・入所開始日
ケアプランについて	ケアプランは、1. 作っている 2. 作っていない
	相談できる介護支援専門員(ケアマネージャー)は、1. いる 2. いない
	介護支援専門員の氏名
	事業所名と電話番号
在宅サービスについて	在宅サービスは、1. 使っている 2. 使っていない
	今後の利用は、1. 今のままでよい 2. もっと増やしたい
	サービスや使い方を改善したい(具体的に)

私は、貴施設の入所に関する方法や手続きについて説明を受けました。この申込書にある内容を保険者(市役所)、在宅介護支援センター、指定するケアマネージャーに提供することを同意します。

至誠ホーム アウリンコ 施設長 殿

平成 年 月 日 氏名

印

受付日 年 月 日

至誠ホーム アウリンコ 入所申し込み調査票

介護保険証

介護度	保険者	認定日	有効期限
	市区 町村	年 月 日	年 月 日

身障手帳の有無

種	級	障害名

年金等

年金の種類	年額（概算）

*介護老人保健施設、短期入所生活介護のサービスをご利用の方に伺います。

食費の負担限度額 300円 ・ 390円 ・ 650円 ・ 1380円以上

医療保険等

後期高齢	・	国民健康保険（本人・家族）	・	社会保険（本人・家族）	・	生活保護
------	---	---------------	---	-------------	---	------

入所希望理由

--

家族等連絡先

連絡 順位	氏名	続柄	住 所	電話 携帯	連絡のとりやすい 時間帯・連絡先

受付者 _____ 印

至誠ホーム アウリンコ 入居申込みに伴う意見書

ふりがな		介護保険被保険者番号	
入居申込者の氏名と住所、電話番号		生年月日	明治 大正 昭和
			年 月 日
	〒		電話
ケアプランについて	在宅サービスの利用率	% (支給限度額に対する利用割合)	
	利用しているサービス		
	サービス名	利用回数など	サービス事業者名
		サービスに対するご本人またはご家族の希望など	
ご本人の状況	1. 身体の状況について(麻痺や萎縮など、介護を要する身体状況)		
	身長	cm	体重
	2. 認知症等について(介護や見守りを要する認知症の症状)		
その他留意すべきこと	3. 疾患等について(特に注意を要するものや医療器具の使用など介護や看護を要する疾患)		
	ご本人の嗜好や性格など介護をする上で把握しておくべきこと		
記入者氏名		職種	1. 介護支援専門員 2. その他()
事業所区分	1. 居宅介護支援事業者 2. 在宅介護支援センター 3. その他()		
事業所名		電話番号	

① 至誠ホーム アウリンコ 入所申込書

該当する番号に○印を

記入例

ふりがな 申込書、ご記入の方の氏名と住所、電話番号	入所申込者ご本人との関係 配偶者、子供() その他() 同居、別居	電話番号
ふりがな 入所申込者ご本人のお名前	性別 男 女	生年月日 明治 大正 昭和 年 月 日
住所	この申込書の問い合わせ先 氏名 電話	年齢
介護保険被保険者番号	要介護1 要介護2 要介護3 要介護4 要介護5	
同居の方について	1. ひとり暮らし 2. ご夫婦のみ(相手の年齢)	
主に介護している方について	介護する方は、1. いる 2. いない 主に介護している方 1. 健常 2. 病弱 3. 病気で治療中 4. 障害がある 主に介護している方 1. 働いている 2. 働いていない	
介護を手伝う方について	手伝う方がある場合は、1. 家族 2. 近所の方 3. その他() 今のお住まいは、1. 自宅 2. 自宅以外 自宅以外にお住まいの方は、戻る自宅が 1. ある 2. ない	
お住まいについて	1. 立ち退きを求められている 2. 家屋の老朽化が著しい 1. エレベーターのない集合住宅の2階以上に住んでいる 2. 自分の部屋がない 3. 自分の部屋と別の部屋にトイレや風呂がある	
介護する上で住宅の問題について	食事... 1. 自立 2. 一部介助 3. 全介助 排泄... 1. 自立 2. 一部介助 3. 全介助 歩行... 1. 自立 2. 一部介助 3. 全介助 認知症の周辺症状... 1. あり 2. なし	
その他あてはまるもの	1. 徘徊 2. 暴力行為 3. 不潔行為 4. 異食 5. 大声や新声 6. その他の行為(具体的に) 7. 医療器具を使っている(具体的に) 8. 病気がある(病名)	
【入所申込みにあたり、ご留意を】		
現在、受けている介護や治療の様子について	現在、いらつらつしやる所は、1. 病院 2. 老人保健施設 3. 介護療養型医療施設 4. 養護老人ホーム 5. 経費老人ホーム 6. ケアハウス 7. 有料老人ホーム 8. グループホーム 9. その他() 施設の種類と所在地 電話 入院・入所開始日	
ご自宅以外で介護や治療(療養の方)は未記入)	ケアプランは、1. 作っている 2. 作っていない 相談で受ける介護支援専門員(ケアマネージャー)は、1. いる 2. いない 介護支援専門員の氏名 事業所名と電話番号	
ケアプランについて	在宅サービスは、1. 使っている 2. 使っていない 今後の利用は、1. 今のままでよい 2. もっと増やしたい サービスや使い方を改善したい(具体的に)	
在宅サービスについて		

私は、貴施設の入所に関する方法や手続きについて説明を受けました。この申込書にある内容を
保険者(市役所)、在宅介護支援センター、指定するケアマネージャーに提供することを同意します。

至誠ホーム アウリンコ 施設長 殿

平成 年 月 日 氏名

申込書を記入した方の署名、捺印をお願いします。

病院や施設に一時的に入院、入所されている方は、ご自宅に戻られた場合を想定して記入ください

介護保険を利用したヘルパーは含みません

家で介護されている人は 1. 病院、施設にいる方は 2. を選択して下さい
(軽費老人ホーム、ケアハウス、有料老人ホーム等で住所を移されて施設入所されている場合は1となります。)

介護上支障がある状態等選択肢以外にもあれば空欄に記入してください

インスリン注射・酸素・経管栄養・吸引等具体的な対応があれば記入ください

至誠ホーム アウリンコ 利用料金表

	自己負担1割		自己負担2割	
	1日	30日	1日	30日
要介護1	¥5,466	¥163,984	¥6,152	¥184,569
要介護2	¥5,535	¥166,071	¥6,291	¥188,743
要介護3	¥5,610	¥168,316	¥6,441	¥193,233
要介護4	¥5,680	¥170,403	¥6,580	¥197,406
要介護5	¥5,749	¥172,490	¥6,719	¥201,580

※上記金額は要介護度別の介護保険負担金に食費1,380円/日、居室料3,400円/日が含まれた金額となっております。

※なお、食費・居室料については下記の通り減免の制度がございます。

＜介護保険負担限度額認定者＞

料金の種類	金額	
食費	第1段階認定者	300円/日
	第2段階認定者	390円/日
	第3段階認定者	650円/日
居室料	第1段階認定者	820円/日
	第2段階認定者	820円/日
	第3段階認定者	1,310円/日

※他、日用品費(150円/日)や活動費(実費分)等をご負担いただくものもございます。

＜参考＞

介護保険負担限度額の認定を受けた方
月額(30日)

	第1段階認定者	第2段階認定者	第3段階認定者
要介護1	¥54,184	¥56,884	¥79,384
要介護2	¥56,271	¥58,971	¥81,471
要介護3	¥58,516	¥61,216	¥83,716
要介護4	¥60,603	¥63,303	¥85,803
要介護5	¥62,690	¥65,390	¥87,890

※介護保険負担限度額の認定については収入、預貯金の申請を介護保険者へ行なう必要があります。

※平成29年4月1日現在の料金体系のため、今後変更の可能性がございます。詳しい内容は担当者までお問い合わせください。