

至誠ホーム オンニ 特養入居申込みにあたって

至誠ホーム オンニへの入居のお申込みに関するお問い合わせありがとうございます。必要書類についてご案内させていただきます。

お手数ですが

- ①「入居申込書」と②「入居申し込み調査票」は、ご本人またはご家族などがご記入下さい。
- ③「入居申込みに伴う意見書」については、担当ケアマネージャー、入院・入居先の相談員や看護師などに記入していただいで下さい。

上記の3枚をそろえてご返送下さるようお願い致します。

上記①～③の書類は、入居申込み者や介護者、その他の状況についてお知らせいただくためのものです。

医療状況等につきましては、記入して下さる方の分かる範囲で結構ですのでご記入ください。当ホームの書式でなくとも、参考になるようなものがございましたら写し等添付していただくと幸いです。

また、お伺いしている情報につきましては、第三者に漏れる事のない様に厳守致します。

ご不明な点がございましたら遠慮なく下記までお問い合わせ下さい。なお、誠に勝手ながらお問い合わせは平日の9:00～17:00の間でお願いします。

< 返送・問い合わせ先 >

〒190-0022

立川市錦町6-28-15

至誠ホーム

オンニ準備室

担当 河合・伊藤

(TEL) 042-527-0035

(FAX) 042-527-2646

至誠ホーム オンニ 特養入居申込書

* 該当箇所に○を付けてください

| | | | | |
|----------------------|---|--------------|---------------------|-----|
| ふりがな | | 入居申込者ご本人との関係 | 配偶者、 子供() | |
| 申込書をご記入の方の氏名・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 |
| 入居申込者ご本人の氏名 | | 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) | | | | |
| 【入居申込みにあたり、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、貴施設の入居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 オンニ 施設長 殿

年 月 日 氏名

印

至誠ホーム オンニ 特養入居申込書

①

*該当箇所に○を付けてください

| | | | |
|------------------------------|----------------------------|------------------------------|-----------------------|
| ふりがな 申込書をご記入の方の氏名・住所・電話番号 | 入居申込者ご本人との関係 | 配偶者、子供() その他() 同居、別居 | 電話 |
| ふりがな 入居申込者ご本人の氏名 | 性別 | 生年月日 | 満年齢 |
| 住所 | 男・女 | 明治 大正 昭和 | 年 月 日 |
| 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 |
| 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) | 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 | 1.健康 | 2.病弱 | 3.病気で治療中 |
| 介護を手伝う方について | 1.働いている | 2.働いていない | 3.その他() |
| お住まいについて | 1.自立 | 2.一部介助 | 3.全介助 |
| 介護する上で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 | 1.徘徊 | 2.暴力行為 | 3.不潔行為 |
| 【入居申込みにあたり、ご意見を】 | 1.自立 | 2.一部介助 | 3.全介助 |

現在、受けている介護や治療の様子について

現在、いらつしやる所は、 1. 病院 2. 老人保健施設 3. 介護療養型医療施設

ご自宅以外で介護や治療(居宅の方は未記入)

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()

施設の種類と所在地

電話

入院・入居開始日

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

在宅サービスについて

サービスや使い方を改善したい(具合的に)

私は、貴施設の入居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 オンニ 施設長 殿

年 月 日 氏名 印

記入例

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

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してください

申込書を記入した方の署名、捺印をお願いします。

至誠ホーム オンニ 特養入居申し込み調査票

入居申込者の氏名： _____

*該当箇所に○を付けてください

介護保険被保険者証

| 介護度 | 保険者 | 認定日 | 有効期限 |
|-----|----------|-------|-------|
| | 市区 町村 | 年 月 日 | 年 月 日 |

身体障害者手帳 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、短期入所生活介護等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） | ・健康保険（本人・家族） |
| ・共済組合（本人・家族） | ・生活保護 | ・その他（ ） |

入居希望理由

| |
|--|
| |
|--|

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 |
|----------|----|----|----|----------|---------------------|
| 1 | | | | | |
| 2 | | | | | |
| 3 | | | | | |

受付日： 年 月 日 受付者： _____

至誠ホーム オンニ 特養入居申込みに伴う意見書

* 該当箇所に○を付けてください

| | | | |
|------------------|---|------------------------|----------------------|
| ふりがな | | 介護保険被保険者番号 | |
| 入居申込者の氏名・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 kg |
| | 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 | |

至誠ホーム オンニ 特養利用料金表（参考）

| | 自己負担1割 | | 自己負担2割 | | 自己負担3割 | |
|------|--------|----------|--------|----------|--------|----------|
| | 1日 | 30日 | 1日 | 30日 | 1日 | 30日 |
| 要介護3 | ¥5,614 | ¥168,420 | ¥6,558 | ¥196,740 | ¥7,502 | ¥225,060 |
| 要介護4 | ¥5,685 | ¥170,550 | ¥6,700 | ¥201,000 | ¥7,715 | ¥231,450 |
| 要介護5 | ¥5,756 | ¥172,680 | ¥6,842 | ¥205,260 | ¥7,928 | ¥237,840 |

※上記金額は要介護度別の介護保険負担金に食費1,520円/日、居室料3,150円/日が含まれた金額となっております。

※上記金額には処遇改善加算は含まれておりません。

※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、日用品費や活動費等、実費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3 | ¥61,920 | ¥64,620 | ¥87,120 |
| 要介護4 | ¥64,050 | ¥66,750 | ¥89,250 |
| 要介護5 | ¥66,180 | ¥68,880 | ¥91,380 |

※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う必要があります。

※高額介護サービス費の支給により、実際の費用負担軽減の可能性があります。

※利用料金表は予定ですので、今後変更の可能性があります。