

至誠キートスホーム入居申込みにあたって

時下、益々ご清祥のこととお喜び申し上げます。

至誠キートスホームへの入居申し込みにつきましては、「豊島区特別養護老人ホーム入居申込書」に必要事項を記入の上、ご返送くださいますようお願い申し上げます。

なお、介護保険制度の改正に伴い、平成 27 年 4 月 1 日以降に新たに特別養護老人ホームに入居ができる方は、原則、要介護 3 以上の方のみとなります。ただし要介護 1・2 の方でも、特別養護老人ホーム以外での生活が著しく困難であれば、特例的に入所可能となる場合があります。要介護 1・2 の方で入居をご希望される場合は、「特例入所用申込書」を原則ケアマネージャーさん等にご記入頂き、合わせてお送りいただけますようお願いいたします。

以上のお願いをさせていただくのは、ホームに入居申込みをされている方々の状況について把握しておきたいとの考えからです。入居して頂くお部屋やフロアは、入居する方の性別、心身の状況について一定の制約があります。このため、その方にふさわしいお部屋に入っていただくため、ご提供いただいた資料を参考にさせて頂きたいと考えております。記入にあたり、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。当ホーム宛のものでなくとも、参考になるようなものがございましたら写し等を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、第三者に漏れることがない様に厳守致します。申し込みや記入につきまして、確認したい事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。

今後の皆様方の益々のご健康を祈念いたします。

(返送・問い合わせ先)

〒190-0002

立川市幸町4-14-1 至誠キートスホーム

生活支援 担当 平田・岡安・青沼

(TEL) 代表042-538-2323

(TEL) 直通042-538-2320

(FAX) 042-534-3952

豊島区特別養護老人ホーム入所申込書

() 施設長様

申込日 年 月 日 (有効期間 年12月末日)

ふりがな		生年月日	明・大・昭	年 月 日	男・女	要介護度	
入所希望者氏名							
住 所	豊島区			連絡先			
介護保険証被保険者番号		介護保険者証有効期間		年 月 日 ~	年 月 日		

ふりがな		関係	電話番号①
連絡者			
住 所			電話番号②

【入所希望者の日常生活状況等】

食 事	<input type="checkbox"/> 介助 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 自立 (はし ・ スプーン ・ フォーク)		
排 泄	<input type="checkbox"/> 介助 <input type="checkbox"/> 一部介助 (トイレ・おむつ・ポータブルトイレ) <input type="checkbox"/> 自立		
移 動	<input type="checkbox"/> 介助 <input type="checkbox"/> 一部介助 (歩行・車いす・歩行器・杖) <input type="checkbox"/> 自立		
障害の有・無	「有」の場合の状況	例) 視覚障害1級	

既往症	例) 高血圧症		
現在治療中の病名			
医療行為等の有・無 ※該当にチェック	<input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> 経管栄養 (鼻腔・胃瘻) <input type="checkbox"/> ペースメーカー <input type="checkbox"/> 褥瘡 <input type="checkbox"/> 中心静脈栄養 <input type="checkbox"/> バルーンカテーテル <input type="checkbox"/> ストーマ <input type="checkbox"/> インシュリン注射 <input type="checkbox"/> その他 ()		

※施設記入欄

受付日	年 月 日	受付者 (施設名)	()
備 考			

【 在宅の方 】

<介護者の状況>

介護者の □有 □無	<input type="checkbox"/> 介護者が高齢である（75歳以上） <input type="checkbox"/> 遠方から通っている（片道1時間以上かかる） <input type="checkbox"/> 複数の人を介護している
介護者がいる場合(主たる介護者の状況)は右記に該当する項目をチェック	<input type="checkbox"/> 病気（定期的に通院している）もしくは要介護認定を受けており介護に支障がある、または介護者に障害がある（手帳所持） <input type="checkbox"/> 働いているため日中は不在等、介護ができない状態 <input type="checkbox"/> 育児をしている（妊娠している・小学生以下の子どもがいる） <input type="checkbox"/> 介護を手伝う人がいない <input type="checkbox"/> その他（)

<住まいの状況>

住宅環境について ※該当にチェック	<input type="checkbox"/> 立退きを迫られている <input type="checkbox"/> 更新されない <input type="checkbox"/> 介護上支障がある <input type="checkbox"/> 特に問題なし
----------------------	--

【 長期入院・入所している方 】

病院・施設等	入所している状況
<input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 老人保健施設 <input type="checkbox"/> 介護療養型医療施設 <input type="checkbox"/> グループホーム <input type="checkbox"/> その他施設 ()	<input type="checkbox"/> 退院・退所を迫られている <input type="checkbox"/> 戻る家がない <input type="checkbox"/> 住宅に介護上問題がある <input type="checkbox"/> 経済的に現在の施設には入れられない <input type="checkbox"/> 介護者がいない又は在宅では困難なため長期入院・入所している

【 認知症の症状 】

認知症 □有 □無	認知症の診断有 (診断名)
*頻繁にみられる下記の症状にチェックをして下さい	
<input type="checkbox"/> 妄想作話・幻覚幻聴 <input type="checkbox"/> 火の不始末 <input type="checkbox"/> うつ状態 <input type="checkbox"/> 重度の物忘れ	<input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 異食 <input type="checkbox"/> 攻撃的行動 <input type="checkbox"/> その他の症状 ()
	<input type="checkbox"/> 奇声大声 <input type="checkbox"/> 介護拒否 <input type="checkbox"/> 自傷行為

【 在宅サービスの利用 】

在宅サービスの利用 □有 □無	ご利用内容を記入してください 例) デイサービス週3回、訪問介護 週5回
	<input type="checkbox"/> 担当のケアマネジャーは □いる □いない ・居宅介護支援事業所名 (連絡先) ・ケアマネジャー(担当者)名 ()

*上記の項目以外で特に考慮してほしいこと等を自由に記入してください

--

私は、入所に関する方法や手続きについて説明を受けました。特別養護老人ホームが、この申込書にある内容を豊島区・高齢者総合相談センター・指定するケアマネジャー・申込みをしたその他の特別養護老人ホームへ提供すること、及び情報を収集することに同意します。また、介護保険に関する業務で管理されている私の情報(要介護度・資格の有無)を利用することに同意します。

ご本人氏名 _____

代理人 _____

★要介護度1

	保険内	保険外					1日分概算	1ヶ月概算
	1割自己負担分	食費	居住費	日用品費	金銭管理費	活動費		
第1段階	798円	300円	820円	100円	80円	実費負担	2,098円	62,940円
第2段階	798円	390円	820円	100円	80円	実費負担	2,188円	65,640円
第3段階	798円	650円	1,310円	100円	80円	実費負担	2,938円	88,140円
第4段階	798円	1,392円	2,006円	100円	80円	実費負担	4,376円	131,280円

★要介護度2

	保険内	保険外					1日分概算	1ヶ月概算
	1割負担	食費	居住費	日用品費	金銭管理費	活動費		
第1段階	875円	300円	820円	100円	80円	実費負担	2,175円	65,250円
第2段階	875円	390円	820円	100円	80円	実費負担	2,265円	67,950円
第3段階	875円	650円	1,310円	100円	80円	実費負担	3,015円	90,450円
第4段階	875円	1,392円	2,006円	100円	80円	実費負担	4,453円	133,590円

★要介護度3

	保険内	保険外					1日分概算	1ヶ月概算
	1割負担	食費	居住費	日用品費	金銭管理費	活動費		
第1段階	961円	300円	820円	100円	80円	実費負担	2,261円	67,830円
第2段階	961円	390円	820円	100円	80円	実費負担	2,351円	70,530円
第3段階	961円	650円	1,310円	100円	80円	実費負担	3,101円	93,030円
第4段階	961円	1,392円	2,006円	100円	80円	実費負担	4,539円	136,170円

★要介護度4

	保険内	保険外					1日分概算	1ヶ月概算
	1割負担	食費	居住費	日用品費	金銭管理費	活動費		
第1段階	1,041円	300円	820円	100円	80円	実費負担	2,341円	70,230円
第2段階	1,041円	390円	820円	100円	80円	実費負担	2,431円	72,930円
第3段階	1,041円	650円	1,310円	100円	80円	実費負担	3,181円	95,430円
第4段階	1,041円	1,392円	2,006円	100円	80円	実費負担	4,619円	138,570円

★要介護度5

	保険内	保険外					1日分概算	1ヶ月概算
	1割負担	食費	居住費	日用品費	金銭管理費	活動費		
第1段階	1,119円	300円	820円	100円	80円	実費負担	2,419円	72,570円
第2段階	1,119円	390円	820円	100円	80円	実費負担	2,509円	75,270円
第3段階	1,119円	650円	1,310円	100円	80円	実費負担	3,259円	97,770円
第4段階	1,119円	1,392円	2,006円	100円	80円	実費負担	4,697円	140,910円

活動費の実費負担について

活動内容	実費負担
クラブ活動	生花クラブ 1回の参加につき、お花代として 1,000円
	陶芸教室 作品のお持ち帰りが原則 100円/100g
個別活動	実費徴収
フロア・ユニット活動	実費徴収
全体行事	実費徴収

至誠ホーム キートス 料金表 (自己負担2割)

(令和2年4月時点)

	保険内	保険外					1日分概算	1ヶ月概算
	2割自己負担分	食費	居住費	日用品費	金銭管理費	活動費		
要介護度1	1,596円	1,392円	2,006円	100円	80円	実費負担	5,174円	155,220円
要介護度2	1,750円	1,392円	2,006円	100円	80円	実費負担	5,328円	159,840円
要介護度3	1,921円	1,392円	2,006円	100円	80円	実費負担	5,499円	164,970円
要介護度4	2,081円	1,392円	2,006円	100円	80円	実費負担	5,659円	169,770円
要介護度5	2,237円	1,392円	2,006円	100円	80円	実費負担	5,815円	174,450円

至誠ホーム キートス 料金表 (自己負担3割)

(令和2年4月時点)

	保険内	保険外					1日分概算	1ヶ月概算
	3割自己負担分	食費	居住費	日用品費	金銭管理費	活動費		
要介護度1	2,394円	1,392円	2,006円	100円	80円	実費負担	5,972円	179,160円
要介護度2	2,625円	1,392円	2,006円	100円	80円	実費負担	6,203円	186,090円
要介護度3	2,881円	1,392円	2,006円	100円	80円	実費負担	6,459円	193,770円
要介護度4	3,121円	1,392円	2,006円	100円	80円	実費負担	6,699円	200,970円
要介護度5	3,355円	1,392円	2,006円	100円	80円	実費負担	6,933円	207,990円

活動費の実費負担について

活動内容	実費負担
クラブ活動	生花クラブ 1回の参加につき、お花代として 1,000円
	陶芸教室 作品のお持ち帰りが原則 100円/100g
個別活動	実費徴収
フロア・ユニット活動	実費徴収
全体行事	実費徴収