

至誠ホーム ミンナ 入居施設申込みについて

地域密着型介護老人福祉施設（特養ホーム）・高齢者グループホーム（平成30年4月）

はじめに

- ① 至誠ホーム ミンナは地域密着型の福祉施設であるため、国分寺在住の方のみが入居できる施設であり、介護保険の保険者が国分寺の方が対象となります。
- ② 別紙の利用料金一覧表をご確認ください。
- ③ 特養ホームへの申込み資格は、原則要介護3以上の方となります。
- ④ お申し込みに際しては、「契約書及び重要事項説明書」について説明します。

至誠ホーム ミンナ 入居施設申込みにつきまして【入居申込書書類】3枚に必要事項をご記入の上、ご返送くださいますようお願い申し上げます。

現在、介護保険サービスをご利用中の方は【入居申込み込みに伴う意見書】1枚を担当の介護支援専門員、または相談員に記載していただき計4枚の書類を、ご返送願います。

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。当ホーム宛の物でなくとも、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、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。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。
【返送・問い合わせ先】

〒185-0005

東京都国分寺市並木町3-12-2

社会福祉法人 至誠学舎立川 至誠ホーム ミンナ

園長 諏訪 逸

(TEL) 042-300-3700

(FAX) 042-300-3710

以上

社会福祉法人 至誠学舎立川 至誠ホーム ミンナ 地域密着型介護老人福祉施設（特養ホーム）
高齢者グループホーム

入居申込書

受付日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

受付者 _____ 印

申込者（代理人）

お名前	続柄	住所・電話
ふりがな		〒 自宅 () 携帯 ()

入居利用者（ご本人）

お名前	生年月日	性別	住所・電話
ふりがな	明治・大正・昭和 年 月 日 満 歳	男 ・ 女	〒 自宅 ()

介護保険証

保険者	被保険者番号	介護度	認定日	有効期限
国分寺市			年 月 日	年 月 日

医療保険等

種類	記号	番号
後期高齢 ・ 社保 ・ その他		

身障手帳 有 無

種 級	障害名

年金等

種類	年額（概算）

ご自宅のこと (あてはまるものに☑ 複数可)

同居について	住宅環境について
<input type="checkbox"/> ひとり暮らし (□自宅 □ 自宅以外) (自宅以外に戻る自宅が □ある □ない) <input type="checkbox"/> 同居人がいる (続柄)	<input type="checkbox"/> エレベーターのない2階以上に住んでいる <input type="checkbox"/> トイレ・風呂が別の階にある <input type="checkbox"/> 自分の部屋がない □ 老朽化が一著しい <input type="checkbox"/> 立ち退きを求められている

ご家族のこと (あてはまるものに☑ 複数可)

主たる介護者について	介護の協力者
介護している方は ① <input type="checkbox"/> 配偶者 □親族 続柄 () ② <input type="checkbox"/> 働いている □ 働いていない ③ <input type="checkbox"/> 健康 □ 病弱 □ 治療中 □ 障害あり	<input type="checkbox"/> いる () <input type="checkbox"/> いない

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

介護保険サービス等

現在のサービス利用	相談窓口
<input type="checkbox"/> 入所(入院)中 (□介護老人保健施設 □病院 □その他) (施設名 入所日) <input type="checkbox"/> 居宅サービス等 <input type="checkbox"/> サービスは受けていない	<input type="checkbox"/> 介護支援専門員(ケアマネジャー) (事業所 名) <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> いない

以上の内容及び他の提出書類を十分に確認し入居申込みをします。
 また、この申込書にある内容を保険者(市役所)、地域包括支援センター、指定する
 ケアマネジャーに提供することを同意します。

社会福祉法人至誠学舎立川 至誠ホーム ミンナ

令和 年 月 日

氏名 _____ 印

園長 諏訪 逸 殿

ご本人のこと (あてはまるものに☑ 複数可) 記入日 年 月 日

生活	歩行 (自助具など)	<input type="checkbox"/> つかまらないで可能 <input type="checkbox"/> つかまることで可能() <input type="checkbox"/> 車椅子() <input type="checkbox"/> できない	
	食事	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助() <input type="checkbox"/> 全介助	
	入浴	<input type="checkbox"/> 一般浴槽(<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助) <input type="checkbox"/> リフト浴 <input type="checkbox"/> 特浴	
	排泄	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 間接的援助 <input type="checkbox"/> 介助 <input type="checkbox"/> おむつ使用	
	着替	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 間接的援助 <input type="checkbox"/> 介助	
	睡眠	<input type="checkbox"/> 良眠 <input type="checkbox"/> 夜間覚醒あり <input type="checkbox"/> 不眠傾向	
性格	性格	<input type="checkbox"/> 明るい <input type="checkbox"/> 気にしやすい <input type="checkbox"/> 短気 <input type="checkbox"/> 頑固 <input type="checkbox"/> その他()	
	認知症	<input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 暴言暴力 <input type="checkbox"/> 介護抵抗 <input type="checkbox"/> 独語 <input type="checkbox"/> 収集 <input type="checkbox"/> その他()	
	理解	<input type="checkbox"/> 時々できない <input type="checkbox"/> ほとんどできない <input type="checkbox"/> まったくできない <input type="checkbox"/> その他()	
	対人関係	<input type="checkbox"/> 協調的 <input type="checkbox"/> 積極的 <input type="checkbox"/> 消極的 <input type="checkbox"/> その他()	
	好みなど	好きなこと(趣味・特技など)	
		嫌いなこと(苦手なものなど)	
医療	既往歴		
	治療中		
	内服薬	服薬管理 <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない	
	主治医	病院名	

<入居の申し込み理由など>

社会福祉法人至誠学舎立川 至誠ホーム ミンナ 入居申込みに伴う意見書

記入日 年 月 日

入居申込者の氏名					生年月日				
ふりがな					明治・大正・昭和				
					年 月 日				
介護保険被保険者番号									

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（麻痺や拘縮など、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 留意点	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										

記入者名				職種	<input type="checkbox"/> 介護支援専門員 ・ <input type="checkbox"/> その他（ ）				
事業所区分	<input type="checkbox"/> 居宅介護支援事業所			<input type="checkbox"/> 地域包括支援センター			<input type="checkbox"/> その他（ ）		
事業所名				電話番号					

至誠ホームミナ 利用料金一覧表

◆地域密着型介護老人福祉施設（特養ホーム）◆

1・基本料金

<1割負担>

介護度	一割負担	居住費	食費	日常費	感染予防管理費	預り金管理費	日額計	月額 30日	月額 31日
1	¥688	¥3,700	¥1,400	¥180	¥50	¥30	¥6,048	¥181,440	¥187,488
2	¥761						¥6,121	¥183,630	¥189,751
3	¥839						¥6,199	¥185,970	¥192,169
4	¥912						¥6,272	¥188,160	¥194,432
5	¥985						¥6,345	¥190,350	¥196,695

<2割負担>

介護度	一割負担	居住費	食費	日常費	感染予防管理費	預り金管理費	日額計	月額 30日	月額 31日
1	¥1,376	¥3,700	¥1,400	¥180	¥50	¥30	¥6,736	¥202,080	¥208,816
2	¥1,521						¥6,881	¥206,430	¥213,311
3	¥1,677						¥7,037	¥211,110	¥218,147
4	¥1,825						¥7,185	¥215,550	¥217,375
5	¥1,970						¥7,330	¥219,900	¥221,870

<3割負担>

介護度	一割負担	居住費	食費	日常費	感染予防管理費	預り金管理費	日額計	月額 30日	月額 31日
1	¥2,064	¥3,700	¥1,400	¥180	¥50	¥30	¥7,424	¥222,720	¥224,784
2	¥2,282						¥7,642	¥229,260	¥236,902
3	¥2,516						¥7,876	¥236,280	¥244,156
4	¥2,737						¥8,097	¥242,910	¥251,007
5	¥2,955						¥8,315	¥249,450	¥257,765

2・その他の費用

活動費…季節の行事や活動は参加した方より預り金より参加費として頂いております。

活動内容により異なりますが、1回の費用は¥200～¥1000が相場です。

電気代…電気代はお部屋のコンセント1つ使用につき月額¥50を追加請求しております。

ご利用される方の生活に合わせて提供しております。詳しくはマネジメントまでお問い合わせ下さい。