

特別養護老人ホームえんれい入所申込書

申込日 年 月 日

(フリガナ)		性別	男・女
入所希望者氏名		生年月日	明・大・昭 年 月 日 (歳)
住所	〒 電話番号 ()		
介護保険被保険者番号			
要介護認定 (必ず記入)	要介護1・要介護2・要介護3・要介護4・要介護5		
	認知症高齢者日常生活自立度	自立・I・IIa・IIb・IIIa・IIIb・IV・M	
	申請中の場合	(申請日 年 月 日)	
	認定有効期間	認定日 (年 月 日) ~ 年 月 日	
健康保険	種別		
	記号・番号		
年金等	種別		
障害者手帳等	無・有 判定 種 級 年 月 日認定		
現在の住居	<input type="checkbox"/> 自宅で一人暮らし		<input type="checkbox"/> 自宅で家族と同居暮らし
	<input type="checkbox"/> 病院療養中		<input type="checkbox"/> 施設入所中
	<input type="checkbox"/> 介護老人福祉施設		<input type="checkbox"/> 介護老人保健施設
	<input type="checkbox"/> 介護療養型医療施設		<input type="checkbox"/> 養護老人ホーム
	<input type="checkbox"/> ケアハウス		<input type="checkbox"/> 有料老人ホーム
	<input type="checkbox"/> グループホーム		<input type="checkbox"/> その他()
	病院・施設名		()
担当居宅介護 支援事業所	事業所名称		
	担当者名		
申込者	住所	〒	
	フリガナ		続柄 御職業
	氏名・年齢	(才)印	電話番号
			自宅 携帯番号

身体状況(各項目にチェック及び記入をお願い致します)

記入日 年 月 日

記載者名.

食事	状態	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 義歯使用(上・下)
	方法	<input type="checkbox"/> 箸 <input type="checkbox"/> スプーン <input type="checkbox"/> フォーク <input type="checkbox"/> その他()
	食事形態	主食 <input type="checkbox"/> 常食 <input type="checkbox"/> 粥 <input type="checkbox"/> ミキサー <input type="checkbox"/> パン食 <input type="checkbox"/> 麺類
		副菜 <input type="checkbox"/> 常食 <input type="checkbox"/> きざみ <input type="checkbox"/> ミキサー <input type="checkbox"/> ソフト食
	嚥下	<input type="checkbox"/> むせない <input type="checkbox"/> 時々むせる <input type="checkbox"/> 毎回むせる
	トロミ	有 無
	アレルギー	有 無 ()
嗜好	好きな食べ物・飲み物 () 嫌いな食べ物・飲み物 ()	
排泄	状態	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
	尿意	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> 時々ある <input type="checkbox"/> ない
	便意	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> 時々ある <input type="checkbox"/> ない
	方法	日中 <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ <input type="checkbox"/> オムツ 夜間 <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> リハパン <input type="checkbox"/> パット <input type="checkbox"/> 布パンツ
入浴	状態	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
	方法	<input type="checkbox"/> 一般浴 <input type="checkbox"/> チェアー浴 <input type="checkbox"/> 機械浴
衣服介助	方法	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
移動	方法	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 手引き歩行 <input type="checkbox"/> 杖・歩行器 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> リクライニング車椅子
移乗	方法	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
視力	右	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> やや見えにくい <input type="checkbox"/> 見えにくい
	左	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> やや見えにくい <input type="checkbox"/> 見えにくい
聴力	右	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> やや聞こえにくい <input type="checkbox"/> 聞こえない
	左	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> やや聞こえにくい <input type="checkbox"/> 聞こえない
認知言動		
特別医療行為	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 胃ろう経管栄養 <input type="checkbox"/> 経鼻経管栄養 <input type="checkbox"/> カテーテル <input type="checkbox"/> ストーマ <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> インシュリン <input type="checkbox"/> 人工透析 <input type="checkbox"/> 気管切開	
特記事項		

個人情報収集同意書

社会福祉法人塩嶺福祉協会

特別養護老人ホームえんれい 様

入所申込者及びご家族の状況把握を行うため、個人情報の取り扱いについては、各市町村、担当居宅介護支援専門員及び他介護保険施設等からの情報収集について同意をします。

年 月 日

入所申込希望者

住 所

氏 名

印

代理人兼連帯保証人

住 所

氏 名

印

(入所申込希望者との続柄)

社会福祉法人塩嶺福祉協会 特別養護老人ホーム えんれい 利用料金区分表
令和3年4月1日介護保険法改訂に基づく

利用者負担限度額1段階(世帯の全員(世帯を分離している配偶者を含む)が市区町村民税を課税されていない方で
老齢福祉年金を受給されている方・生活保護等を受給される方。)

介護度	自己負担額	食費	住居費	利用料日額	その他費用	月額(30日換算)	年額
要介護度1	¥663円	300円	820円	¥1,783円	¥10,000円	¥63,490円	¥761,880円
要介護度2	¥732円			¥1,852円		¥65,560円	¥786,720円
要介護度3	¥806円			¥1,926円		¥67,780円	¥813,360円
要介護度4	¥876円			¥1,996円		¥69,880円	¥838,560円
要介護度5	¥944円			¥2,064円		¥71,920円	¥863,040円

利用者負担限度額2段階(世帯の全員(世帯を分離している配偶者を含む)が市区町村民税を課税されていない方で

合計所得金額と課税年金収入額と非課税年金収入額の合計が年間80万円以下の方)

資産要件650万以下(配偶者ありは1000万加算)

介護度	自己負担額	食費	住居費	利用料日額	その他費用	月額(30日換算)	年額
要介護度1	¥663円	390円	820円	¥1,873円	¥10,000円	¥66,190円	¥794,280円
要介護度2	¥732円			¥1,942円		¥68,260円	¥819,120円
要介護度3	¥806円			¥2,016円		¥70,480円	¥845,760円
要介護度4	¥876円			¥2,086円		¥72,580円	¥870,960円
要介護度5	¥944円			¥2,154円		¥74,620円	¥895,440円

利用者負担限度額3段階(1) 世帯全員が住民税非課税かつ本人年金収入等80万円超120万円以下

資産要件550万以下(配偶者ありは1000万加算)

介護度	自己負担額	食費	住居費	利用料日額	その他費用	月額(30日換算)	年額
要介護度1	¥663円	650円	1310円	¥2,623円	¥10,000円	¥88,690円	¥1,064,280円
要介護度2	¥732円			¥2,692円		¥90,760円	¥1,089,120円
要介護度3	¥806円			¥2,766円		¥92,980円	¥1,115,760円
要介護度4	¥876円			¥2,836円		¥95,080円	¥1,140,960円
要介護度5	¥944円			¥2,904円		¥97,120円	¥1,165,440円

利用者負担限度額3段階(2)は世帯全員が住民税非課税かつ本人年金収入等120万円超です

資産要件500万以下(配偶者ありは1000万加算)

介護度	自己負担額	食費	住居費	利用料日額	その他費用	月額(30日換算)	年額
要介護度1	¥663円	1360円	1310円	¥3,333円	¥10,000円	¥109,990円	¥1,319,880円
要介護度2	¥732円			¥3,402円		¥112,060円	¥1,344,720円
要介護度3	¥806円			¥3,476円		¥114,280円	¥1,371,360円
要介護度4	¥876円			¥3,546円		¥116,380円	¥1,400,160円
要介護度5	¥944円			¥3,614円		¥118,420円	¥1,421,040円

利用者負担限度額4段階(上記以外の方)

介護度	自己負担額	食費	住居費	利用料日額	その他費用	月額(30日換算)	年額
要介護度1	¥663円	1445円	2500円	¥4,608円	¥10,000円	¥148,240円	¥1,778,880円
要介護度2	¥732円			¥4,677円		¥150,310円	¥1,803,720円
要介護度3	¥806円			¥4,751円		¥152,530円	¥1,830,360円
要介護度4	¥876円			¥4,821円		¥154,630円	¥1,855,560円
要介護度5	¥944円			¥4,889円		¥156,670円	¥1,880,040円

特記事項

1.入居を希望される方の年収と資産状況に応じたの利用料金設定となります。

2.居室と食事にかかる費用について、負担限度額認定を受けている場合は、
認定証に記載されている額となります。

3.その他費用に関しての説明は以下の通りです。

- ・栄養マネジメント、看護体制、個別機能訓練、サービス提供体制強化、日常生活支援、
処遇改善加算等の加算がある場合はその加算額。
- ・費用個人の希望による特別な食事及び外出にかかる費用。・個人的な買い物にかかる費用。
- ・喫茶にかかる費用。・受診代。・薬代。・理美容代。等。

4.介護保険負担割合証及び利用者負担限度額認定証について

※1.介護保険負担割合証の利用者負担の割合が2または3割と記されている場合は、介護保険自己負担額が2
または3割負担となります。(標記利用料金区分は1割負担です。)

(収入が年金のみの場合は年収280万以上の方が、年金収入以外がある場合は
合計所得金額が160万以上の方が対象になります。)

※2.利用者負担限度額認定証についての詳細は、保険者である市町村にお問い合わせ下さい。

※1.2共に、保険者である市町村に諸手続きが必要になります。