

ヴィラ南陵入所申込書

年 月 日

特別養護老人ホームヴィラ南陵 施設長 様
入所希望者(申込者)

	整理番号	
フリガナ	保険者	
氏名	被保険者番号	
生年月日	大・昭 年 月 日	要介護度
性別	男・女	(特例)
認定有効期間	年 月 日 ~ 年 月 日	3・4・5 (1・2)
現住所	〒	
	電話番号 ()	
給付制限		
認定審査会意見		

注: 介護保険証から転記してください。なお、コピーを添付した場合は転記不要です。
申込代理者(申込者が本人でない場合、下の欄にお書きください)または連絡先

氏名	入所希望者との続柄
住所	〒
	電話番号 ()

介護保険法令に基づき要介護の認定を受けましたので、この入所申込書により入所を希望します。
なお、入所のための待機中に、貴施設以外に入所が決定した場合、また要介護度や連絡先、
介護の状況等に変更がありました場合は、速やかに貴施設に連絡いたします。

	時期	早急・令和 年 月 日以降申込予定	貴施設のみ・他にも申し込むヶ所(予定)
希望事項	申込理由・入所を急ぐ理由	(該当するものすべてに☑印を記入して下さい) <input type="checkbox"/> 1 施設入所により安心した生活を送りたい <input type="checkbox"/> 2 寝たきりなどにより、食事・排泄・入浴等日常生活全般に介助が必要 <input type="checkbox"/> 3 認知症などにより常時の見守り、介護が必要 <input type="checkbox"/> 4 施設や病院等から退所を求められているが、自宅での生活が困難 <input type="checkbox"/> 5 単身世帯のため介護者がいない、または介護者が入院等で介護ができない <input type="checkbox"/> 6 介護者が、高齢・疾病・育児・就労・別居等のため、介護が困難(詳細を8欄に記入) <input type="checkbox"/> 7 利用したい在宅サービスが十分でない(夜間訪問介護など) <input type="checkbox"/> 8 その他の理由(具体的にお書きください。不足する場合は裏面等余白にご記入ください) (要介護1・2の場合は以下の項目についても該当するものすべてに☑印を記入してください) <input type="checkbox"/> 9 認知症、知的障害・精神障害等により、日常生活支障をきたすような症状・行動や意思疎通の困難さ等が頻繁にみられるため、居宅において日常生活を営むことが困難 <input type="checkbox"/> 10 家族等による深刻な虐待があるなどの心身の安全・安心の確保が困難 <input type="checkbox"/> 11 その他、居宅において日常生活を営むことが困難な理由(具体的にお書きください)	
	同意及び説明確認	入所希望者、介護者を円滑に支援するために市町村・ケアマネージャー等にこの申込内容を情報提供し、また情報提供を受けることに同意します。 また、入所申込から入所契約までの手続き及び入所順位の決定方法について、施設から説明を受けました。 令和 年 月 日 入所希望者(申込者)又は申請代理者 氏	

事務所記入欄(記入不要です)

申込日: 令和 年 月 日	受付日: 令和 年 月 日	受付者
受付方法: 来所・郵便	意志確認: 令和 年 月 日	
受付簿記入者	受付簿記入日: 令和 年 月 日	
入所基準 基準・特	特例事由市町村確認: 令和 年 月	該当 有・無

フェイスシート

事業所名

記入日:

記入者:

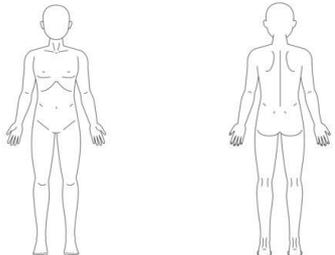
基本情報			
フリガナ		性別	
本人氏名		男・女	
生年月日			
住所			
電話番号			
緊急連絡先①	フリガナ	同居・別居	住所
	氏名	続柄	電話番号 ① ②
緊急連絡先②	フリガナ	同居・別居	住所
	氏名	続柄	電話番号 ① ②
居宅介護支援 事業所名	事業所名 担当ケアマネ	連絡先	
障害高齢者の日常生活自立度	自立・J1・J2・A1・A2・B1・B2・C1・C2		
認知症高齢者の日常生活自立度	自立・I・IIa・IIb・IIIa・IIIb・IV・M		

	主	氏名	続柄	生年月日	同別	電話番号	勤務先等
①						① ②	
②						① ②	
③						① ②	
④						① ②	
⑤						① ②	

ご本人の希望		家族構成図	
ご家族の希望			
生活状況等			

保険情報			
介護保険被保険者番号			介護度
介護保険負担割合証	介護保険負担限度額認定証	会福祉法人等利用者負担軽減確認	
公費情報		生活保護	あり・なし
医療保険証	種類	記号/番号	
	備考		
身体障害者手帳	交付	第 号 級 種	交付年月日
	障害名		
その他			

医療機関			
主治医	医療機関名	担当医	
	診療科	電話番号	
かかりつけ医	医療機関名	担当医	
	診療科	電話番号	
医療的措置	(経鼻栄養・鼻腔・胃瘻・吸引・褥瘡措置・インスリン・導尿カテーテル・酸素療法・ストマ(人工肛門)・その他)		
医師からの注意事項等			

服薬・病歴			
主病名			身体状況
病歴			
服薬	なし・あり	服薬管理	できる・できない
服薬内容			
服薬方法			

健康状態	
視力	普通 ・ やや悪い ・ 人の動きが分かる程度 ほとんど見えない
聴力	普通 ・ やや悪い ・ 大声が聞き取れる ほとんど聞こえない
発語	普通 ・ 聞き取りにくい ・ 聞き取れない
理解力	普通 ・ 分かり難い ・ 分からない
麻痺	なし ・ あり(Br/s:)
拘縮	なし ・ あり
褥瘡	なし ・ あり
皮膚疾患	
睡眠	良 ・ 不眠
身体介護上 注意点	
精神活動上 注意点	
認知症	物忘れ ・ 異食行為 ・ 徘徊 ・ 不潔行為 ・ 放尿 作話 ・ 妄想 ・ 収集癖 ・ 幻視 ・ 幻聴 ・ 暴言 暴行 ・ その他
認知症 対応方法	

身体状況		
入 所 時 の 状 態	身長	
	体重	
	BMI	
移 動 ・ 歩 行	屋外移動	自立 ・ 見守り ・ 一部介助 ・ 全介助
		独歩 ・ 杖 ・ 歩行器 ・ 押し車 ・ 車椅子
	屋内移動	自立 ・ 見守り ・ 一部介助 ・ 全介助
		独歩 ・ 杖 ・ 歩行器 ・ 押し車 ・ 車椅子
階段昇降	自立 ・ 見守り ・ 一部介助 ・ 全介助	
装具		
起 居 動 作	寝返り	自立 ・ 見守り ・ 一部介助 ・ 全介助
	起き上がり	自立 ・ 見守り ・ 一部介助 ・ 全介助
	座位保持	自立 ・ 見守り ・ 一部介助 ・ 全介助
	立ち上がり	自立 ・ 見守り ・ 一部介助 ・ 全介助
	立位保持	自立 ・ 見守り ・ 一部介助 ・ 全介助

食事動作	主食形態	ご飯・粥・ミキサー粥・パン		禁食		
	副食形態	常食・中間・刻み・ミキサー食・経腸栄養		アレルギー		
	食事摂取	自立・見守り・一部介助・全介助		摂取量		
		箸・スプーン・フォーク・自助具		嗜好		
	自助具					
	嚥下障害	なし・時々・あり				
	水分摂取	可・制限・トロミ・ストロー・不可				
	義歯	あり(上・下・一部)・なし				
口腔ケア	自立・見守り・一部介助・全介助					
排泄	日中	自立・見守り・一部介助・全介助				
		オムツ・トイレ・PTイレ・尿便器				
	夜間	自立・見守り・一部介助・全介助				
		オムツ・トイレ・PTイレ・尿便器				
	便意	あり・なし	尿意	あり・なし		
	衣類	紙オムツ・リハビリパンツ・尿パッド				
トイレ形式	和式・様式					
入浴	実施曜日	月・火・水・木・金・土・日				
	介助	自立・見守り・一部介助・全介助				
	方法	個浴・普通浴・特浴・半身浴 シャワー浴・足浴				
更衣	上着	自立・見守り・一部介助・全介助				
	下着	自立・見守り・一部介助・全介助				
	靴下	自立・見守り・一部介助・全介助				
	靴	自立・見守り・一部介助・全介助				
生活歴	職業				出身地	
	性格					
	1日の過ごし方					
嗜好	入浴頻度	回/週	飲酒	あり・なし		
	喫煙	あり・なし	昼寝	する・しない		

備考					

介護支援専門員意見書

氏名	
介護保険被保険者番号	

1.本人の状況

要介護度	1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5
認知症による不応行動	非常に多い やや多い 少しあり なし

2.在宅サービス利用度

在宅サービス限度額割合	80%以上 60%以上80%未満 40%以上60%未満 20%以上40%未満 20%未満
	(直近一月の利用単位数 単位)(区分支給限度基準単位数 単位)

3.主たる介護者・家族の状況

世帯の状況	独居 高齢者世帯 その他
介護者の年齢・続柄	
在宅介護期間	年 (ヶ月)
介護者の介護負担	重い やや重い 軽い 負担なし
介護者の障害や疾病	無 ・ 有()
介護者の就労	無 ・ 有(職種等: 日/週 時間/日)
他の要介護者	無 ・ 有(要支援 1 ・ 2 要介護 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5)
介護者の育児、家族の病気	無 ・ 有()
介護者の介護の関わり方	介護拒否 非常に消極的 やや消極的 ふつう
他の同居介護補助者	無 ・ 有(続柄 日/週程度)
別居血縁者介護協力	無 ・ 有(続柄 日/週程度)
近隣者等の介護協力	ほとんどなし 随時あり 常時あり

4.介護支援専門員の意見

--

記載日 年 月 日 記載者氏名

別表1

特別養護老人ホーム ヴィラ南陵 利用料金表

(R6.6)

1割負担、負担段階4段階の場合

介護サービス、加算 ※1											
	介護サービス費	日常生活継続支援加算	看護体制加算(Ⅰ、Ⅱ)	夜勤職員配置加算Ⅱ	栄養マネジメント強化加算	個別機能訓練加算(Ⅰ)	個別機能訓練加算(Ⅱ)	科学的介護推進体制加算	認知症チーム推進加算(Ⅰ)	生産性向上推進体制加算(Ⅱ)	介護職員処遇改善加算
要介護1	682単位										介護サービス費と加算合計の14.0%分
要介護2	753単位										
要介護3	828単位	日46単位	日35単位	日46単位	日11単位	日12単位	月20単位	月50単位	月150単位	月10単位	
要介護4	901単位										
要介護5	971単位										

(実費分)

居住費 ※2	食費 ※2	選択による費用+事務管理費	必要時にかかる加算			
2,200円	1,445円	+	医療費 理髪 外食など +2,000円	初期加算	30単位 最初の1ヶ月(30日)のみ	
				外泊時加算	246単位 月6日まで、入院等により長期外泊される時は居住費のみ	
				看取り加算	72単位	死亡日以前45日以上31日前
					144単位	死亡日以前4日以上30日以内
					680単位	死亡日の前日及び前々日
1280単位	死亡日					
安全対策体制加算	20単位	最初の入所時1回のみ				
新興感染症等施設療養費	240単位	新興の感染症等に感染し、施設内で療養されることになった際に発生する加算 連続5日まで				

※1 介護報酬1単位あたりの単価は地域によって異なります。

常滑市は1単位=10.14円

※2特定入所者介護サービス費の認定により変わります(下記参照)

利用者負担段階に応じて利用者の自己負担が軽減されます

(特定入所者介護サービス費)

段階区分「第1段階」から「第3段階」に該当する方は居住費と食費が軽減されます

利用者段階	居住費(1日あたり)	食事(1日あたり)	対象者	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	
第1段階	820円	300円	・世帯の全員が市民税を課税されていない方で高齢福祉年金を受給されている方 ・生活保護等の受給をされている方	第1段階	69,171円	71,859円	74,475円	76,983円
第2段階	820円	390円	・世帯の全員が市民税を課税されていない方で合計所特金額と公的年金等収入額の合計が年間80万円以下の方	第2段階	71,961円	74,649円	77,265円	79,773円
第3段階①	1,310円	650円	・世帯の全員が市民税を課税されていない方で合計所特金額と公的年金等収入額の合計が年間80万円超120万円以下の方	第3段階①	95,211円	97,899円	100,515円	103,023円
第3段階②	1,310円	1,360円	・世帯の全員が市民税を課税されていない方で合計所特金額と公的年金等収入額の合計が年間120万円超の方	第3段階②	117,221円	119,909円	122,525円	125,033円
第4段階	2,200円	1,445円	・上記以外の方	第4段階	147,446円	150,134円	152,750円	155,258円

別表1

特別養護老人ホーム ヴィラ南陵 利用料金表

(R6.6)

2割負担、負担段階4段階の場合

介護サービス、加算 ※1

	介護サービス費	日常生活継続支援加算	看護体制加算(Ⅰ、Ⅱ)	夜勤職員配置加算Ⅱ	栄養マネジメント強化加算	個別機能訓練加算(Ⅰ)	個別機能訓練加算(Ⅱ)	科学的介護推進体制加算	生産性向上推進体制加算(Ⅱ)	介護職員処遇改善加算
要介護1	682単位									介護サービス費と加算合計の14.0%分
要介護2	753単位									
要介護3	828単位	日46単位	日35単位	日46単位	日11単位	日12単位	月20単位	月50単位	月10単位	
要介護4	901単位									
要介護5	971単位									

(実費分)

居住費 ※3	食費 ※3		選択による費用+事務管理費	必要時にかかる加算	
2,200円	1,445円	+	医療費 理髪 外食など +2,000円	初期加算	30単位 最初の1ヶ月(30日)のみ
				外泊時加算	246単位 月6日まで、入院等により長期外泊される時は居住費のみ
				看取り加算	72単位 死亡日以前45日以上31日前
					144単位 死亡日以前4日以上30日以内
					680単位 死亡日の前日及び前々日
					1280単位 死亡日
				安全対策体制加算	20単位 最初の入所時1回のみ
				新興感染症等施設療養費	240単位 新興の感染症等に感染し、施設内で療養されることになった際に発生する加算 連続5日まで

※1 介護報酬1単位あたりの単価は地域によって異なります。

常滑市は1単位=10.14円

※2 認知症日常生活自立度Ⅲa以上の方のみ算定になります。

※3 特定入所者介護サービス費の認定により変わります(下記参照)

利用者負担段階に応じて利用者の自己負担が軽減されます

(特定入所者介護サービス費)

段階区分「第1段階」から「第3段階」に該当する方は居住費と食費が軽減されます

利用者段階	居住費(1日あたり)	食事(1日あたり)	対象者		要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
第1段階	820円	300円	・世帯の全員が市民税を課税されていない方で高齢福祉年金を受給されている方 ・生活保護等の受給をされている方	第1段階	101,623円	106,998円	112,230円	117,246円
第2段階	820円	390円	・世帯の全員が市民税を課税されていない方で合計所特金額と公的年金等収入額の合計が年間80万円以下の方	第2段階	104,413円	109,788円	115,020円	120,036円
第3段階①	1,310円	650円	・世帯の全員が市民税を課税されていない方で合計所特金額と公的年金等収入額の合計が年間80万円超120万円以下の方	第3段階①	127,663円	133,038円	138,270円	143,286円
第3段階②	1,310円	1,360円	・世帯の全員が市民税を課税されていない方で合計所特金額と公的年金等収入額の合計が年間120万円超の方	第3段階②	149,673円	155,048円	160,280円	165,296円
第4段階	2,200円	1,445円	・上記以外の方	第4段階	179,898円	185,273円	190,505円	195,521円