

従来型指定介護老人福祉施設入居申込書 (特別養護老人ホーム)

施設名

楠清里苑 施設長 様

入居を希望するので、下記のとおり申込みます。

申込日	令和 年 月 日
受付日	令和 年 月 日
受付者	

入居希望者	ふりがな		性別	男	生年月日 大・昭 年 月 日 (歳)
	氏名			女	
	住所	〒 ー		(TEL) (FAX)	
被保険者番号			要介護度	3 4 5 (1 2)	
保険者番号			保険者名		
初回要介護認定年月日		年 月 日	認定の有効期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日	
認定審査会の意見等					

※上記（初回要介護認定年月日以外）は、入所希望者の介護保険被保険者証から転記願います。

申込者	住所	〒 ー	(TEL) (携帯)
	ふりがな 氏名		入所希望者との続柄
連絡先	住所	〒 ー	(TEL) (携帯)
	ふりがな 氏名		入所希望者との続柄

※申込者以外の方へ連絡を希望される方は、連絡先欄もご記入ください。

申込状況	<input type="checkbox"/> 当該施設のみ申し込む。 <input type="checkbox"/> 他の施設も申し込んでいる。又は申し込む予定。	
	既に申し込んだ施設名	() ()
		() ()
	申し込み予定施設名	() ()
	() ()	

説明確認欄	私は、入居申込みに際し、入所順位の決定方法、状況の変化に伴う届出及び辞退の取扱いについて、施設から説明を受けました。
	また、今後の名古屋市の施策の参考とするため、この申込書の内容を名古屋市に報告することに同意します。
	令和 年 月 日 氏名 ()

入所希望者等の状況

※該当するものにレ印をつけ、その状況をご記入ください。

現在の居所	<input type="checkbox"/> 自宅で一人暮らしをしている <input type="checkbox"/> 自宅で家族と暮らしている <input type="checkbox"/> 特養・老健などの施設や病院に入っている 施設又は病院名 () 施設等へ入所又は入院した時期 (平成・令和 年 月から)
入所希望時期	<input type="checkbox"/> 今すぐ <input type="checkbox"/> 半年以内 <input type="checkbox"/> 1年以内 <input type="checkbox"/> その他 ()
入所を希望する理由 (該当するものをいくつでも選んでください)	<input type="checkbox"/> 介護する者がいないため <input type="checkbox"/> 介護する者が遠く離れたところに住んでいるため <input type="checkbox"/> 介護する者が「高齢」、「障害」、「病気」等により介護することが困難なため <input type="checkbox"/> 介護する者が就労していて介護することが困難なため <input type="checkbox"/> 介護する者の身体的・精神的負担が大きいため <input type="checkbox"/> 居住環境の事情により、十分な介護をすることが困難なため <input type="checkbox"/> 施設や病院から退所（退院）を求められているため <input type="checkbox"/> その他 ()
医療に関する状況	(特別な医療的対応) <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 在宅酸素療法 <input type="checkbox"/> インシュリン注射 <input type="checkbox"/> 人工透析 <input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> バルーンカテーテル <input type="checkbox"/> その他 () <hr/> (現在治療中の病気等) <hr/> (その他健康状態に関する特記事項)
認知症等による行動・心理症状 (行動・心理症状の起る頻度にもレ印を付けてください)	<input type="checkbox"/> 該当なし <hr/> <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 不穏行動 <input type="checkbox"/> 自傷行為 <input type="checkbox"/> 暴力行為 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 異食行動 <input type="checkbox"/> 火の不始末 <input type="checkbox"/> 被害妄想 <input type="checkbox"/> その他 () <hr/> <input type="checkbox"/> ほとんど毎日 <input type="checkbox"/> 週3～4回程度 <input type="checkbox"/> 週1～2回程度 <input type="checkbox"/> 月数回程度

介護に関する状況	飲水食事摂取	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助
	排尿	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助
	排便	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助
	入浴	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助
	歩行	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助
	衣服着脱	<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	<input type="checkbox"/> 普通	<input type="checkbox"/> やや見えにくい	<input type="checkbox"/> かなり見えにくい	<input type="checkbox"/> 全く見えない
	聴力	<input type="checkbox"/> 普通	<input type="checkbox"/> やや聞えにくい	<input type="checkbox"/> かなり聞えにくい	<input type="checkbox"/> 全く聞えない
	意思の伝達	<input type="checkbox"/> 普通	<input type="checkbox"/> やや伝えにくい	<input type="checkbox"/> かなり伝えにくい	<input type="checkbox"/> 全く伝えられない

介護者の状況

介護者の状況	ふりがな		性	男	生年	大・昭・平	続	
	氏名		別	女	月日	年 月 日 (歳)	柄	
	居住関係	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居 (住所: _____) 入所希望者宅までの所要時間 (_____ 分)						
	就労状況	<input type="checkbox"/> 就労していない <input type="checkbox"/> 就労している (週 _____ 日、週 _____ 時間程度)						
	健康状態	<input type="checkbox"/> 健康 <input type="checkbox"/> 病弱・慢性疾患等で定期的に通院中・病名 _____) ・入院していないが継続的な治療を要する・病名 _____) ・要入院加療 (_____ か月程度・病名 _____)						
	身体状況	<input type="checkbox"/> 障害有 (_____ 級・障害の種類: _____) <input type="checkbox"/> 無						
	要介護度	<input type="checkbox"/> 有 (要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5) <input type="checkbox"/> 無						
	他に対応を要する家族の有無	<input type="checkbox"/> 育児の必要な家族がいる (子どもの年齢 _____ 歳) <input type="checkbox"/> 3か月以上看病 (付添) の必要な家族がいる (自宅療養・入院中) <input type="checkbox"/> 入所希望者以外に介護の必要な家族がいる (要支援・要介護 1 2 3 4 5) <input type="checkbox"/> 介護の必要な障害を有する家族がいる (_____ 級・種類: _____)						
介護協力者の有無	<input type="checkbox"/> 同居親族に協力者がいる <input type="checkbox"/> 同居以外の親族に協力者がいる <input type="checkbox"/> 親族以外の協力者 (近隣者など) がいる <input type="checkbox"/> 協力してくれる人はいない							
【介護をされていて困っていること、その他特記すべき事項をお書きください。】								

※申込書に添えて提出する書類

- 1 入所希望者の介護保険被保険者証 (写)
- 2 直近のサービス利用票及び別表 (写) ……………現在、在宅でお過ごしの方のみ提出してください。

施設使用欄

入所希望者の親族の状況

同居の家族（※入所希望者本人については記入不要です。）					
氏名		生年 月日	大・昭・平・令 年 月 日	続柄	
				就労状況	
氏名		生年 月日	大・昭・平・令 年 月 日	続柄	
				就労状況	
氏名		生年 月日	大・昭・平・令 年 月 日	続柄	
				就労状況	
氏名		生年 月日	大・昭・平・令 年 月 日	続柄	
				就労状況	
氏名		生年 月日	大・昭・平・令 年 月 日	続柄	
				就労状況	

近親者の状況		
<p>未婚・離別・ 死別（ ）</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 10px;">配偶者</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 10px;">本人（入所希望者）</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;">兄弟姉妹</div>	<p>子（第1子から順に）</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 5px;">氏名 住所 (配偶者：有【 】・無)</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 5px;">氏名 住所 (配偶者：有【 】・無)</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 5px;">氏名 住所 (配偶者：有【 】・無)</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;">氏名 住所 (配偶者：有【 】・無)</div>	<p>孫</p> <div style="border: 1px solid black; height: 100px;"></div>
	<p>甥姪</p> <div style="border: 1px solid black; height: 100px;"></div>	<p>身元引受人</p> <p>氏名 _____</p> <p>続柄 _____</p>

特別養護老人ホーム 入所費用

《 多床室 ご利用の場合 1日あたり 》

令和6年6月改定

負担限度額認定 第2段階

	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
サービス自己負担	¥758	¥842	¥931	¥1,016	¥1,099
居住費	¥370	¥370	¥370	¥370	¥370
食費	¥390	¥390	¥390	¥390	¥390
日用雑費、おやつ代	¥450	¥450	¥450	¥450	¥450
合計	¥1,968	¥2,052	¥2,141	¥2,226	¥2,309

負担限度額認定 第3段階一①

	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
サービス自己負担	¥758	¥842	¥931	¥1,016	¥1,099
居住費	¥370	¥370	¥370	¥370	¥370
食費	¥650	¥650	¥650	¥650	¥650
日用雑費、おやつ代	¥450	¥450	¥450	¥450	¥450
合計	¥2,228	¥2,312	¥2,401	¥2,486	¥2,569

負担限度額認定 第3段階一②

	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
サービス自己負担	¥758	¥842	¥931	¥1,016	¥1,099
居住費	¥370	¥370	¥370	¥370	¥370
食費	¥1,360	¥1,360	¥1,360	¥1,360	¥1,360
日用雑費、おやつ代	¥450	¥450	¥450	¥450	¥450
合計	¥2,938	¥3,022	¥3,111	¥3,196	¥3,279

負担限度額認定 第4段階

	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
サービス自己負担	¥758	¥842	¥931	¥1,016	¥1,099
居住費	¥855	¥855	¥855	¥855	¥855
食費	¥1,445	¥1,445	¥1,445	¥1,445	¥1,445
日用雑費、おやつ代	¥450	¥450	¥450	¥450	¥450
合計	¥3,508	¥3,592	¥3,681	¥3,766	¥3,849

負担限度額認定 第4段階(自己負担2割)

	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
サービス自己負担	¥1,515	¥1,683	¥1,861	¥2,032	¥2,198
居住費	¥855	¥855	¥855	¥855	¥855
食費	¥1,445	¥1,445	¥1,445	¥1,445	¥1,445
日用雑費、おやつ代	¥450	¥450	¥450	¥450	¥450
合計	¥4,265	¥4,433	¥4,611	¥4,782	¥4,948

負担限度額認定 第4段階(自己負担3割)

	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
サービス自己負担	¥2,272	¥2,525	¥2,791	¥3,047	¥3,297
居住費	¥855	¥855	¥855	¥855	¥855
食費	¥1,445	¥1,445	¥1,445	¥1,445	¥1,445
日用雑費、おやつ代	¥450	¥450	¥450	¥450	¥450
合計	¥5,022	¥5,275	¥5,541	¥5,797	¥6,047

* 日用雑費、おやつ代の内訳は、日用雑費(日 400 円)、おやつ代(日 50 円)です。

* その他の費用として、理髪代、買い物代、行楽などの外食代、医療費(福祉給付金資格者証の方は免除)、事務管理費(月 1000 円)がかかります。

* 生活保護受給者の方は、上記金額とは異なる利用料となります。日用雑費と事務管理費は本人負担ですが、その他の費用は、ご本人の年金支給額(無年金含む)により、本人負担額が変わります。

特別養護老人ホーム 入所費用

◀ 従来型個室 ご利用の場合 1日あたり ▶

令和6年6月改定

負担限度額認定 第2段階

	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
サービス自己負担	¥758	¥842	¥931	¥1,016	¥1,099
居住費	¥420	¥420	¥420	¥420	¥420
食費	¥390	¥390	¥390	¥390	¥390
日用雑費、おやつ代	¥450	¥450	¥450	¥450	¥450
合計	¥2,018	¥2,102	¥2,191	¥2,276	¥2,359

負担限度額認定 第3段階①

	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
サービス自己負担	¥758	¥842	¥931	¥1,016	¥1,099
居住費	¥820	¥820	¥820	¥820	¥820
食費	¥650	¥650	¥650	¥650	¥650
日用雑費、おやつ代	¥450	¥450	¥450	¥450	¥450
合計	¥2,678	¥2,762	¥2,851	¥2,936	¥3,019

負担限度額認定 第3段階②

	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
サービス自己負担	¥758	¥842	¥931	¥1,016	¥1,099
居住費	¥820	¥820	¥820	¥820	¥820
食費	¥1,360	¥1,360	¥1,360	¥1,360	¥1,360
日用雑費、おやつ代	¥450	¥450	¥450	¥450	¥450
合計	¥3,388	¥3,472	¥3,561	¥3,646	¥3,729

負担限度額認定 第4段階

	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
サービス自己負担	¥758	¥842	¥931	¥1,016	¥1,099
居住費	¥1,171	¥1,171	¥1,171	¥1,171	¥1,171
食費	¥1,445	¥1,445	¥1,445	¥1,445	¥1,445
日用雑費、おやつ代	¥450	¥450	¥450	¥450	¥450
合計	¥3,824	¥3,908	¥3,997	¥4,082	¥4,165

負担限度額認定 第4段階(自己負担2割)

	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
サービス自己負担	¥1,515	¥1,683	¥1,861	¥2,032	¥2,198
居住費	¥1,171	¥1,171	¥1,171	¥1,171	¥1,171
食費	¥1,445	¥1,445	¥1,445	¥1,445	¥1,445
日用雑費、おやつ代	¥450	¥450	¥450	¥450	¥450
合計	¥4,581	¥4,749	¥4,927	¥5,098	¥5,264

負担限度額認定 第4段階(自己負担3割)

	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
サービス自己負担	¥2,272	¥2,525	¥2,791	¥3,047	¥3,297
居住費	¥1,171	¥1,171	¥1,171	¥1,171	¥1,171
食費	¥1,445	¥1,445	¥1,445	¥1,445	¥1,445
日用雑費、おやつ代	¥450	¥450	¥450	¥450	¥450
合計	¥5,338	¥5,591	¥5,857	¥6,113	¥6,363

* 日用雑費、おやつ代の内訳は、日用雑費(日 400 円)、おやつ代(日 50 円)です。

* その他の費用として、理髪代、買い物代、行楽などの外食代、医療費(福祉給付金資格者証の方は免除)、事務管理費(月 1000 円)がかかります。

* 生活保護受給者の方は、上記金額とは異なる利用料となります。日用雑費と事務管理費は本人負担ですが、その他の費用は、ご本人の年金支給額(無年金含む)により、本人負担額が変わります。