

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			
	氏名						女	大・昭 年 月 日 ( 歳)			
	住所	〒 -				(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	〒 -				入所希望者との続柄	(TEL ) (携帯 )
	ふりがな 氏名						
連絡先	住所	〒 -				入所希望者との続柄	(TEL ) (携帯 )
	ふりがな 氏名						

※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	<p>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。</p> <p>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。</p> <p>令和 年 月 日 氏名 ( )</p> <p style="text-align: right;">本人との続柄</p>
-------	--



## 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

◀ 従来型個室 ご利用の場合 1日あたり ▶

令和4年10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	¥729	¥811	¥895	¥978	¥1,057
居住費	¥420	¥420	¥420	¥420	¥420
食費	¥390	¥390	¥390	¥390	¥390
日用雑費	¥300	¥300	¥300	¥300	¥300
合計	¥1,839	¥1,921	¥2,005	¥2,088	¥2,167

## 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	¥729	¥811	¥895	¥978	¥1,057
居住費	¥820	¥820	¥820	¥820	¥820
食費	¥650	¥650	¥650	¥650	¥650
日用雑費	¥300	¥300	¥300	¥300	¥300
合計	¥2,499	¥2,581	¥2,665	¥2,748	¥2,827

## 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	¥729	¥811	¥895	¥978	¥1,057
居住費	¥820	¥820	¥820	¥820	¥820
食費	¥1,360	¥1,360	¥1,360	¥1,360	¥1,360
日用雑費	¥300	¥300	¥300	¥300	¥300
合計	¥3,209	¥3,291	¥3,375	¥3,458	¥3,537

## 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	¥729	¥811	¥895	¥978	¥1,057
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	¥300	¥300	¥300	¥300	¥300
合計	¥3,645	¥3,727	¥3,811	¥3,894	¥3,973

## 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	¥1,457	¥1,622	¥1,790	¥1,955	¥2,113
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	¥300	¥300	¥300	¥300	¥300
合計	¥4,373	¥4,538	¥4,706	¥4,871	¥5,029

# 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4年10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	¥729	¥811	¥895	¥978	¥1,057
居住費	¥370	¥370	¥370	¥370	¥370
食費	¥390	¥390	¥390	¥390	¥390
日用雑費	¥300	¥300	¥300	¥300	¥300
合計	¥1,789	¥1,871	¥1,955	¥2,038	¥2,117

## 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	¥729	¥811	¥895	¥978	¥1,057
居住費	¥370	¥370	¥370	¥370	¥370
食費	¥650	¥650	¥650	¥650	¥650
日用雑費	¥300	¥300	¥300	¥300	¥300
合計	¥2,049	¥2,131	¥2,215	¥2,298	¥2,377

## 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	¥729	¥811	¥895	¥978	¥1,057
居住費	¥370	¥370	¥370	¥370	¥370
食費	¥1,360	¥1,360	¥1,360	¥1,360	¥1,360
日用雑費	¥300	¥300	¥300	¥300	¥300
合計	¥2,759	¥2,841	¥2,925	¥3,008	¥3,087

## 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	¥729	¥811	¥895	¥978	¥1,057
居住費	¥855	¥855	¥855	¥855	¥855
食費	¥1,445	¥1,445	¥1,445	¥1,445	¥1,445
日用雑費	¥300	¥300	¥300	¥300	¥300
合計	¥3,329	¥3,411	¥3,495	¥3,578	¥3,657

## 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	¥1,457	¥1,622	¥1,790	¥1,955	¥2,113
居住費	¥855	¥855	¥855	¥855	¥855
食費	¥1,445	¥1,445	¥1,445	¥1,445	¥1,445
日用雑費	¥300	¥300	¥300	¥300	¥300
合計	¥4,057	¥4,222	¥4,390	¥4,555	¥4,713

\* 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により、本人負担額が変わります。