

特別養護老人ホーム ねむの丘

入所申込案内



特別養護老人ホーム ねむの丘

渋川市北橋町2365-1

TEL 0279-20-4000

FAX 0279-20-4001

E-mail kitsuhuu.nemu@green.ocn.ne.jp

入所申込から入所決定までの流れ

特別養護老人ホーム ねむの丘

当施設は、群馬県が策定した「群馬県特別養護老人ホーム入所等指針」にしたがって、以下の流れで入所の必要度が高い方から円滑に入所決定を行ないます。以下の内容をご理解いただきまして、申込をされますようお願いいたします。

入所申込

- * 入所希望者またはご家族が、当施設に來所して施設見学、サービス内容を確認していただいたうえで入所を希望される場合は、当施設所定の入所申込書に入所希望者の状況を事実に基づき正確に記入してください。介護保険証書の写しを頂きます。(入所には、「要介護度3から5までの者」及び「居宅において日常生活を営むことが困難なことについてやむを得ない事由があることによる要介護度1又は2の者」で特例入所が認められる者である必要があります)

申込受理

- * 申込書受理後、申込書の写しを申込者に渡し、本人等の状況が変化した際には自己申告にて申し出る必要があります。申込内容を確認する資料としてください。

入所希望者のグループ分け

- * 「群馬県特別養護老人ホーム入所等指針」にしたがって、A～Cグループに分けを行います。

Aグループに該当すると

入所の必要性を点数化する

- * Aグループに該当すると「評価基準」に従って確認し、入所の必要性を点数化します。

入所等検討委員会で入所候補者を決める

- * 定期的に行なう入所等検討委員会にて入所予定者の順位付を行います。新規受け入れが可能となったら入所判定会議を開催し入所候補者を決定後に、ご本人・家族に入所の意思確認・本人の状態確認後に入所を決定します。

入所決定・契約

留意点

- * 本人等の状況に変化があった場合は、申込者からの自己申告となっています。生活相談員までご連絡ください。申込者からの、届出が無い場合は、変化が無いものとみなします。
- * 他の特別養護老人ホームの入所等で入所の必要性が無くなった場合も、お手数ですが、生活相談員までご連絡ください。

ご不明な点がありましたらご連絡ください。

電話 0279-20-4000 生活相談員まで

サービス利用料金表

1. 基準サービスによる料金（重要事項説明書5-（1））

下記の表によって、サービス利用単位に地域加算 \times 1単位=10.14円を乗じた額の介護保険負担割合証に記載されている割合の利用者負担額をお支払い下さい。（月の総単位数に10.14円を乗じ小数点以下切り捨てとなります。下記に示す利用者負担額/日の累計と多少の誤差が生じます。）

2. その他介護給付サービス加算

加算	適用	単位数	利用者負担額		
			1割	2割	3割
初期加算	新規入所及び1ヶ月以上の入院後の再入所日より30日間	30単位/日	30円/日	60円/日	91円/日
入院・外泊時加算	入院及び外泊の場合に6日間を限度に算定	246単位/日	249円/日	498円/日	748円/日
生活機能向上連携加算（Ⅰ）	外部のリハビリ専門職等と連携し機能訓練を行なった場合	100単位/月	101円/月	202円/月	304円/月
生活機能向上連携加算（Ⅱ）	外部のリハビリ専門職等と訪問指導を受け機能訓練を行なった場合。 ※個別機能訓練加算を算定している場合は100単位/月	200単位/月	202円/月	405円/月	608円/月
個別機能訓練加算（Ⅰ）	個別機能訓練計画に基づき機能訓練を行なった場合	12単位/日	12円/日	24円/日	36円/日
個別機能訓練加算（Ⅱ）	厚生労働省へ個別機能訓練計画のデータ提出及びフィードバックを活用した場合	20単位/月	20円/月	40円/月	60円/月
ADL維持等加算（Ⅰ）	ADL値を測定し厚生労働省へ提出及びフィードバックを活用しADL利得を平均値が、1以上である場合	30単位/月	30円/月	60円/月	91円/月
ADL維持等加算（Ⅱ）	ADL値を測定し厚生労働省へ提出及びフィードバックを活用しADL利得を平均値が、2以上である場合	60単位/月	60円/月	121円/月	182円/月
再入所時栄養連携加算	入院に伴い栄養管理が必要となり、医療機関と連携し再入所した場合	200単位/回	202円/回	405円/回	608円/回
栄養マネジメント強化加算	厚生労働省へ栄養ケア計画のデータ提出及びフィードバックを活用し経過を観察した場合	11単位/日	11円/日	22円/日	33円/日
経口移行加算	経管栄養から医師の指示に基づき経口摂取を進める場合	28単位/日	28円/日	56円/日	85円/日
経口維持加算（Ⅰ）	多職種による食事の観察や会議の取組及び咀嚼能力、摂食・嚥下機能を踏まえた経口維持支援を行った場合。	400単位/月	405円/月	811円/月	1,216円/月
経口維持加算（Ⅱ）	上記の食事の観察や会議等に歯科衛生士等が加わった場合。	100単位/月	101円/月	202円/月	304円/月
口腔衛生管理加算（Ⅰ）	歯科衛生士による口腔ケアを月に2回以上行なった場合	90単位/月	91円/月	182円/月	273円/月
口腔衛生管理加算（Ⅱ）	上記（Ⅰ）に加えデータ提出及びフィードバックを活用した場合。	110単位/月	111円/月	223円/月	334円/月
療養食加算	医師の指示に基づき療養食を提供した場合	6単位/回	6円/回	12円/回	18円/回
看取り介護加算（Ⅱ）	医師が終末期にあると判断し、看取り介護を提供した場合。 さかのぼって算定	亡くなった以前31日以上45日以下 72単位/日	73円/日	146円/日	219円/日
		亡くなった以前4日以上30日以下 144単位/日	146円/日	292円/日	438円/日
		亡くなる以前2日及び3日 780単位/日	790円/日	1,581円/日	2,372円/日
		亡くなった日 1,580単位/日	1,602円/日	3,204円/日	4,806円/日
褥瘡マネジメント加算	褥瘡ケア計画に従い管理を行い、記録、評価、厚生労働省へ報告をし、褥瘡がない場合。	Ⅰ3単位/月	Ⅰ3円/月	Ⅰ6円/月	Ⅰ9円/月
		Ⅱ13単位/月	Ⅱ13円/月	Ⅱ26円/月	Ⅱ39円/月
排せつ支援加算	支援計画に基づく支援の実施・評価・見直し・厚生労働省へ報告を行い、排泄排便の一方が改善してどちらにも悪化がない場合。又は、おむつ使用ありから使用なしに改善した場合。	Ⅰ10単位/月	Ⅰ10円/月	Ⅰ20円/月	Ⅰ30円/月
		Ⅱ15単位/月	Ⅱ15円/月	Ⅱ30円/月	Ⅱ45円/月
		Ⅲ20単位/月	Ⅲ20円/月	Ⅲ40円/月	Ⅲ60円/月
自立支援促進加算	医師の関与のもと、医学的評価を行い支援計画を策定し重度化防止に取り組んだ場合	300単位/月	304円/月	608円/月	912円/月
科学的介護推進体制加算（Ⅰ）	心身の状況等に係る基本的な情報を厚生労働省に及びフィードバックを活用した場合	40単位/月	40円/月	81円/月	121円/月
科学的介護推進体制加算（Ⅱ）	上記に加えて「疾病の状況」などの情報を厚生労働省に提出した場合。	50単位/月	50円/月	101円/月	152円/月
介護職員処遇改善加算（加算Ⅰ）	介護職員の処遇改善に取り組むことで算定されます。	基本サービス費に各種加算を加えた1ヶ月の総単位数に8.3%を乗じた額の負担割合証に記載されている割合の負担となります。			
特定処遇改善加算（新加算Ⅰ）	介護職員の処遇改善に取り組むことで算定されます。	基本サービス費に各種加算を加えた1ヶ月の総単位数に2.7%を乗じた額の負担割合証に記載されている割合の負担となります。			
介護職員等ベースアップ等支援加算	介護職員等の処遇改善に取り組むことで算定されます。	基本サービス費に各種加算を加えた1ヶ月の総単位数に1.6%を乗じた額の負担割合証に記載されている割合の負担となります。			

※ 安全対策体制加算：新規入所時に1回20単位を算定させていただきます。（安全対策を実施する体制を整備）

※ 体制加算（日常生活継続支援加算・看護体制加算・夜勤職員配置加算）は別紙料金表に記載されています。

3. その他の介護保険基準外サービス

- ① 食事の提供に要する費用（食材料費及び調理費）
- ② 居住（滞在に要する費用（光熱水費及び室料）

	(基準額) (第4段階) 第1～3段階以外	介護保険負担限度額認定証に記載されている額(補足給付)			
		第3段階		第2段階	第1段階
		世帯全員が市町村民税非課税 第2段階以外	世帯全員が市町村民税非課税 合計所得金額と公的年金等収入額 の合計が年間80万円以下等	世帯全員が市町村民税非課税 老齢福祉年金受給者 生活保護受給者	世帯全員が市町村民税非課税 老齢福祉年金受給者 生活保護受給者
		第3段階② 年金収入等120万超	第3段階① 年金収入等80万超 120万以下		
食事の提供に 要する費用	1日 1,445円 朝食 373円 昼食 505円 夕食 496円 おやつ 71円	1日 1,360円以内	1日 650円以内	1日 390円以内	1日 300円以内
多床室 (2・4人室)	1日 855円	1日 370円	1日 370円	1日 370円	1日 0円
従来型個室	1日 1,171円	1日 820円	1日 820円	1日 420円	1日 320円
個室 ユニット型	1日 2,006円	1日 1,310円	1日 1,310円	1日 820円	1日 820円

- 介護保険負担限度額認定を受けるには所得要件の他に預貯金要件もあります。

- ※ 高額介護サービス費：1か月に支払った負担が負担能力に応じた負担限度額を超えたときは、超えた分が市町村から払い戻されます。
- ※ 外泊・入院等で居室を開けておく場合は、6日間は外泊時加算が算定されます。
- ※ 外泊時加算算定対象日以外に入院又は外泊した場合は、居住費基準額の2,006円/日が実費負担となります。(ユニット型個室)

- ③ 預り金管理料(通帳の管理など) 1,000円/月 (管理する上限額100万円)

- ④ 理容・美容料金

月に2～3回、理容師・美容師の出張による理容美容サービスを、ご利用いただけます。

利用料金：訪問理容 丸刈り1,000円 カット1,500円

訪問美容 丸刈り・カット1,500円 カラーカット5,000円 パーマカット5,000円

- ⑤ その他

- * 日常生活品で利用者に負担していただくことが適当である物の購入代金は、自己負担となります。
- * 外出行事等の、外出時の昼食代、入園・入館料等は実費となります。
- * 訪問販売によるお菓子等、自動販売機の飲料などの購入代金。
- * 往診の薬代・外来受診・インフルエンザ予防接種等の医療費。
- * おむつ代・洗濯代は介護保険給付対象となっていますのでご負担の必要はありません。

介護福祉施設 特別養護老人ホームねむの丘 ～ 料金表 ～

別紙 料金表(多床室)

一日あたりの料金 (多床室)

地域加算(渋川市)1単位=10.14円で月の総単位数で計算されます。若干の誤差が生じます。

令和4年10月1日

介護度	対象者	介護サービス費	日常生活継続支援加算	看護体制加算(Iイ)	看護体制加算(IIイ)	夜勤職員配置加算(Iイ)	介護保険利用者負担日額	介護保険基準外サービス		利用者負担分日額	利用者負担30日分
								居住費	食費		
要介護1	第1段階	573単位	36単位	6単位	13単位	22単位	731円	0円	300円	1,031円	30,930円
	第2段階	573単位	36単位	6単位	13単位	22単位	731円	370円	390円	1,491円	44,730円
	第3段階①	573単位	36単位	6単位	13単位	22単位	731円	370円	650円	1,751円	52,530円
	第3段階②	573単位	36単位	6単位	13単位	22単位	731円	370円	1,360円	2,461円	73,830円
	第4段階	573単位	36単位	6単位	13単位	22単位	731円	855円	1,445円	3,031円	90,930円
	2割負担	573単位	36単位	6単位	13単位	22単位	1,463円	855円	1,445円	3,763円	112,890円
	3割負担	573単位	36単位	6単位	13単位	22単位	2,194円	855円	1,445円	4,494円	134,820円
要介護2	第1段階	641単位	36単位	6単位	13単位	22単位	808円	0円	300円	1,108円	33,240円
	第2段階	641単位	36単位	6単位	13単位	22単位	808円	370円	390円	1,568円	47,040円
	第3段階①	641単位	36単位	6単位	13単位	22単位	808円	370円	650円	1,828円	54,840円
	第3段階②	641単位	36単位	6単位	13単位	22単位	808円	370円	1,360円	2,538円	76,140円
	第4段階	641単位	36単位	6単位	13単位	22単位	808円	855円	1,445円	3,108円	93,240円
	2割負担	641単位	36単位	6単位	13単位	22単位	1,616円	855円	1,445円	3,916円	117,480円
	3割負担	641単位	36単位	6単位	13単位	22単位	2,424円	855円	1,445円	4,724円	141,720円
要介護3	第1段階	712単位	36単位	6単位	13単位	22単位	888円	0円	300円	1,188円	35,640円
	第2段階	712単位	36単位	6単位	13単位	22単位	888円	370円	390円	1,648円	49,440円
	第3段階①	712単位	36単位	6単位	13単位	22単位	888円	370円	650円	1,908円	57,240円
	第3段階②	712単位	36単位	6単位	13単位	22単位	888円	370円	1,360円	2,618円	78,540円
	第4段階	712単位	36単位	6単位	13単位	22単位	888円	855円	1,445円	3,188円	95,640円
	2割負担	712単位	36単位	6単位	13単位	22単位	1,776円	855円	1,445円	4,076円	122,280円
	3割負担	712単位	36単位	6単位	13単位	22単位	2,664円	855円	1,445円	4,964円	148,920円
要介護4	第1段階	780単位	36単位	6単位	13単位	22単位	964円	0円	300円	1,264円	37,920円
	第2段階	780単位	36単位	6単位	13単位	22単位	964円	370円	390円	1,724円	51,720円
	第3段階①	780単位	36単位	6単位	13単位	22単位	964円	370円	650円	1,984円	59,520円
	第3段階②	780単位	36単位	6単位	13単位	22単位	964円	370円	1,360円	2,694円	80,820円
	第4段階	780単位	36単位	6単位	13単位	22単位	964円	855円	1,445円	3,264円	97,920円
	2割負担	780単位	36単位	6単位	13単位	22単位	1,929円	855円	1,445円	4,229円	126,870円
	3割負担	780単位	36単位	6単位	13単位	22単位	2,893円	855円	1,445円	5,193円	155,790円
要介護5	第1段階	847単位	36単位	6単位	13単位	22単位	1,039円	0円	300円	1,339円	40,170円
	第2段階	847単位	36単位	6単位	13単位	22単位	1,039円	370円	390円	1,799円	53,970円
	第3段階①	847単位	36単位	6単位	13単位	22単位	1,039円	370円	650円	2,059円	61,770円
	第3段階②	847単位	36単位	6単位	13単位	22単位	1,039円	370円	1,360円	2,769円	83,070円
	第4段階	847単位	36単位	6単位	13単位	22単位	1,039円	855円	1,445円	3,339円	100,170円
	2割負担	847単位	36単位	6単位	13単位	22単位	2,079円	855円	1,445円	4,379円	131,370円
	3割負担	847単位	36単位	6単位	13単位	22単位	3,119円	855円	1,445円	5,419円	162,570円

※食費・居住費は、市町村から「介護保険負担限度額認定証」の交付を受け、認定証に記載されている額が、負担額となります。※介護保険負担割合証に記載されている割合によって1割負担から3割負担が変わります。※処遇改善改善加算8.3%特定処遇改善加算2.7%が利用者負担額には加算されています。※日常生活継続支援加算は介護福祉士資格者を手厚く配置することで可能な限り尊厳を保持しつつ日常生活が継続を支援することで算定されます。※看護体制加算Iは常勤の看護師を配置し24時間連絡体制を整え、看護職員が不在時介護職による入所者の観察項目を標準化し必要な研修を実施することで算定されます。※看護体制加算II看護職員が入所者25名に対して1名以上配置することで算定されます。※夜勤職員配置加算は夜勤帯で手厚い職員配置にすることで算定されます。
 ※新型コロナウイルス感染症に対応する特例的評価として、基本報酬に0.1%、令和3年9月末まで上乘せされます。

介護福祉施設 特別養護老人ホームねむの丘ユニット型～料金表～

一日あたりの料金 (ユニット個室)

地域加算(茨川市1単位=10.14円で月の総単位数で計算されます。若干の誤差が生じます。)

別紙 料金表(ユニット個室)

令和4年10月1日

介護度	所得段階	介護サービス費	日常生活継続支援加算	看護体制加算(I口)	看護体制加算(II口)	夜勤職員配置加算(II口)	介護保険利用者負担日額	介護保険基準外サービス		利用者負担日額	利用者負担30日分
								居住費	食費		
要介護1	第1段階	652単位	46単位	4単位	8単位	18単位	819円	820円	300円	1,939円	58,170円
	第2段階	652単位	46単位	4単位	8単位	18単位	819円	820円	390円	2,029円	60,870円
	第3段階①	652単位	46単位	4単位	8単位	18単位	819円	1,310円	650円	2,779円	83,370円
	第3段階②	652単位	46単位	4単位	8単位	18単位	819円	1,310円	1,360円	3,489円	104,670円
	第4段階	652単位	46単位	4単位	8単位	18単位	819円	2,006円	1,445円	4,270円	128,100円
	2割負担	652単位	46単位	4単位	8単位	18単位	1,638円	2,006円	1,445円	5,089円	152,670円
	3割負担	652単位	46単位	4単位	8単位	18単位	2,458円	2,006円	1,445円	5,909円	177,270円
要介護2	第1段階	720単位	46単位	4単位	8単位	18単位	895円	820円	300円	2,015円	60,450円
	第2段階	720単位	46単位	4単位	8単位	18単位	895円	820円	390円	2,105円	63,150円
	第3段階①	720単位	46単位	4単位	8単位	18単位	895円	1,310円	650円	2,855円	85,650円
	第3段階②	720単位	46単位	4単位	8単位	18単位	895円	1,310円	1,360円	3,565円	106,950円
	第4段階	720単位	46単位	4単位	8単位	18単位	895円	2,006円	1,445円	4,346円	130,380円
	2割負担	720単位	46単位	4単位	8単位	18単位	1,791円	2,006円	1,445円	5,242円	157,260円
	3割負担	720単位	46単位	4単位	8単位	18単位	2,687円	2,006円	1,445円	6,138円	184,140円
要介護3	第1段階	793単位	46単位	4単位	8単位	18単位	978円	820円	300円	2,098円	62,940円
	第2段階	793単位	46単位	4単位	8単位	18単位	978円	820円	390円	2,188円	65,640円
	第3段階①	793単位	46単位	4単位	8単位	18単位	978円	1,310円	650円	2,938円	88,140円
	第3段階②	793単位	46単位	4単位	8単位	18単位	978円	1,310円	1,360円	3,648円	109,440円
	第4段階	793単位	46単位	4単位	8単位	18単位	978円	2,006円	1,445円	4,429円	132,870円
	2割負担	793単位	46単位	4単位	8単位	18単位	1,956円	2,006円	1,445円	5,407円	162,210円
	3割負担	793単位	46単位	4単位	8単位	18単位	2,934円	2,006円	1,445円	6,385円	191,550円
要介護4	第1段階	862単位	46単位	4単位	8単位	18単位	1,055円	820円	300円	2,175円	65,250円
	第2段階	862単位	46単位	4単位	8単位	18単位	1,055円	820円	390円	2,265円	67,950円
	第3段階①	862単位	46単位	4単位	8単位	18単位	1,055円	1,310円	650円	3,015円	90,450円
	第3段階②	862単位	46単位	4単位	8単位	18単位	1,055円	1,310円	1,360円	3,725円	111,750円
	第4段階	862単位	46単位	4単位	8単位	18単位	1,055円	2,006円	1,445円	4,506円	135,180円
	2割負担	862単位	46単位	4単位	8単位	18単位	2,111円	2,006円	1,445円	5,562円	166,860円
	3割負担	862単位	46単位	4単位	8単位	18単位	3,167円	2,006円	1,445円	6,618円	198,540円
要介護5	第1段階	929単位	46単位	4単位	8単位	18単位	1,131円	820円	300円	2,251円	67,530円
	第2段階	929単位	46単位	4単位	8単位	18単位	1,131円	820円	390円	2,341円	70,230円
	第3段階①	929単位	46単位	4単位	8単位	18単位	1,131円	1,310円	650円	3,091円	92,730円
	第3段階②	929単位	46単位	4単位	8単位	18単位	1,131円	1,310円	1,360円	3,801円	114,030円
	第4段階	929単位	46単位	4単位	8単位	18単位	1,131円	2,006円	1,445円	4,582円	137,460円
	2割負担	929単位	46単位	4単位	8単位	18単位	2,262円	2,006円	1,445円	5,713円	171,390円
	3割負担	929単位	46単位	4単位	8単位	18単位	3,393円	2,006円	1,445円	6,844円	205,320円

※食費・居住費は、市町村から「介護保険負担限度額認定証」の交付を受け、認定証に記載されている額が、負担額となります。※介護保険負担割合証に記載されている割合によって1割負担から3割負担が変わります。※処遇改善加算8.3%特定処遇改善加算2.7%が利用者負担額には加算されています。
 ※日常生活継続支援加算は介護福祉士資格者を手厚く配置することで可能な限り尊厳を保持しつつ日常生活が継続を支援することで算定されます。※看護体制加算Iは常勤の看護師を配置し24時間連絡体制を整え、看護職員が不在時介護職による入所者の観察項目を標準化し必要な研修を実施することで算定されます。※看護体制加算II看護職員が入所者25名に対して1名以上配置することで算定されます。※夜勤職員配置加算は夜勤帯で手厚い職員配置にすることで算定されます。
 ※新型コロナウイルス感染症に対応する特例的評価として、基本報酬に0.1%、令和3年9月末まで上乘せされます。

特別養護老人ホーム ねむの丘 施設長

申込日	年	月	日
受付日	年	月	日

入所希望者の状況	
入所希望者 氏名	(フリガナ) 保 険 者 保険者番号
生年月日	大・昭 年 月 日 (歳) 性別 男・女
現住所	〒 -
要介護度	<input type="checkbox"/> 介護度1 <input type="checkbox"/> 介護度2 <input type="checkbox"/> 介護度3 <input type="checkbox"/> 介護度4 <input type="checkbox"/> 介護度5 (認定有効期間 年 月 日 ~ 年 月 日)
A 現在の介護	A1 <input type="checkbox"/> 自宅で1人で暮らしている A2 <input type="checkbox"/> 自宅で家族と暮らしている ※同居家族の構成： A3 <input type="checkbox"/> 入院(所)中 (<input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 老人保健施設 <input type="checkbox"/> 有料老人ホーム <input type="checkbox"/> その他) ※施設名又は病院名： ※入所(院)時期： 年 月から A4 <input type="checkbox"/> その他 ()
B 入所を希望する理由 ※該当するものすべてを選んでください。	B1 <input type="checkbox"/> 独り暮らしで、日常生活に支障が生じている。 B2 <input type="checkbox"/> 介護者(家族等)が、高齢・疾病・障害のため介護が難しい。 B3 <input type="checkbox"/> 介護者(家族等)が、就労・育児等のため介護が難しい。 B4 <input type="checkbox"/> 他にも介護をしなければならない家族がいる。 B5 <input type="checkbox"/> 居住環境の事情により、在宅での介護が困難である。 B6 <input type="checkbox"/> 病院や他の施設から退所を求められている。 B7 <input type="checkbox"/> 介護保険の在宅サービス利用限度を超えるなど、費用負担が困難である。 B8 <input type="checkbox"/> その他(介護で困っていることがありましたら、お書きください。) [] 要介護1又は2(特例入所)の方については、以下の該当するものにレ印を付けてください。 (特例入所の該当要件) <input type="checkbox"/> 認知症であり、日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さ等が頻繁に見られる。 <input type="checkbox"/> 知的障害、精神障害等であり、日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さ等が頻繁に見られる。 <input type="checkbox"/> 療育・障害者手帳あり <input type="checkbox"/> 療育・障害者手帳なし <input type="checkbox"/> 家族等による深刻な虐待が疑われること等により、心身の安全・安心の確保が困難である。 <input type="checkbox"/> 単身世帯である、同居家族が高齢又は病弱である等により家族等による支援が期待できず、かつ、地域での介護サービスや生活支援の供給が不十分である。 ※上記に当てはまる具体的な事由を記入してください。 []

C 医療の状況		<input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> インシュリン注射 <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> 尿管カテーテル <input type="checkbox"/> 現在治療中の病気や既往症など、その他注意すること <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 50px; margin-top: 10px;"></div>	
※該当するものすべてを選んでください。			
D 希望入所時期	<input type="checkbox"/> 今すぐの入所を希望する <input type="checkbox"/> 今すぐの入所を希望しない		
E 希望施設種別	<input type="checkbox"/> 従来型のみ <input type="checkbox"/> ユニット型のみ <input type="checkbox"/> 従来型・ユニット型どちらでもよい		
他施設への申込状況	<input type="checkbox"/> 申込なし <input type="checkbox"/> 申込(予定)あり ※施設名 <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 50px; margin-top: 5px;"></div>		
申込者欄〈家族等〉			
フリガナ氏名			本人との続柄
住所 (郵便物の送付や施設からの連絡先)			
※家族等の場合、入所契約の代理人となれる方をお願いします。			
〒 _____			
住所 _____			
自宅電話 () _____			
携帯電話 () _____			
その他連絡がつかない場合の連絡先 () _____			
留意事項	本申込書に記載した事項や介護する家族等の状況に変更があった場合、あるいは他の特別養護老人ホームに入所した場合は、必ず施設に連絡してください。		
説明	入所申込に係る説明事項について確認しました。		
確認欄	_____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 署名		
申込代理者欄〈介護支援専門員〉			
※本人又は家族等を代理して介護支援専門員が申込みの場合は、当欄に記入・確認願います。			
代理申込を行う介護支援専門員	(フリガナ)氏名	連絡先電話番号	_____ - _____
介護支援事業所名	_____		
代理申込を行う介護支援専門員の意見			

※本人又は家族等への連絡先を、上記申込者欄〈家族等〉に記入してください。			
説明確認欄	入所申込に係る説明事項について確認の上、申込本人又は家族等にその旨を報告します。 _____ 年 _____ 月 _____ 日 代理申込 介護支援専門員署名 _____		

※添付書類 被保険者証の (写)