

添付書類について

「入所申込書」「入所調査票」「個人別状況票」のご記入の他に、
下記「添付資料」のご提出をお願いいたします。

① 『認定調査票の写し』

(要介護認定等に係る個人情報提供申出書により、各市町村の
介護保険担当部署より開示されます)

(1) 概況調査 (2) 基本調査 (3) 特記事項 (4) 主治医の意見書
(5) 介護認定審査会資料 が必要となります。

※ 担当のケアマネージャーに、ご相談してください。

② 『サービス利用票 と 別表の写し』 (三ヶ月分)

ケアマネージャーより発行されます。

(介護老人保健施設、療養型病床群に入所中の方は必要ありません)

③ 『介護保険被保険者証の写し』

ご不明な点は、お問い合わせください

社会福祉法人 和光会
特別養護老人ホーム

グランド和光苑

生活相談員・社会福祉士

こまつばら かず のり
小松原 和 紀

〒299-0118 千葉県市原市椎津5番地1号
TEL 0436-62-6008
FAX 0436-62-8302
E-mail g.wakouen@home.email.ne.jp
<http://www.mmjp.or.jp/wakouen/>

社会福祉法人 和光会
特別養護老人ホーム

グランド和光苑

ケアマネージャー・介護支援専門員・社会福祉士

しら い か おり
白 井 香 織

〒299-0118 千葉県市原市椎津5番地1号
TEL 0436-62-6008
FAX 0436-62-8302
E-mail g.wakouen@home.email.ne.jp
<http://www.mmjp.or.jp/wakouen/>

介護保険適用で入居された方の入居費用

(介護保険適用)

平成26年4月1日

グランモア和光苑

(施設基準3:1)

※この表は契約内容を簡略したものです。

介護度	一日当りの基本利用料 (介護費+食費+居住費) = 合計 (1日当り自己負担)	一ヶ月当りの大体の目安	
		利用月額	自己負担
要介護1	(6,340 + 1,470 + 320) = 8,130 (2,424円)	255,131円	約83,844円
要介護2	(7,030 + 1,470 + 320) = 8,820 (2,493円)	276,638円	約85,994円
要介護3	(7,750 + 1,470 + 320) = 9,540 (2,565円)	299,088円	約88,239円
要介護4	(8,440 + 1,470 + 320) = 10,230 (2,634円)	320,605円	約90,391円
要介護5	(9,120 + 1,470 + 320) = 10,910 (2,702円)	341,807円	約92,511円
		※下記の必要な費用負担をすべて含む	

①入院や外泊等をした場合について

入院や外泊等については、一ヶ月当たりで6日間を限度として、一日当り246円が算定されます。(例：6日間で1,476円の自己負担です。)

つまり短期の入院や外泊等については、一日246円の負担で、苑に在籍できます。

(※入院の初日と最終日は算定しません。)

長期入院後の再入所については、その時々のご相談となります。

②入居者の状況や事業者の職員配置状況により、各種加算があります。

ご利用の開始前に、担当者にご確認ください。

初期加算(一日30円) サービス提供体制加算(一日12円) 地域区分加算
介護職員処遇改善加算(一月2.5%) など

③当苑の食費は、1,470円(朝食330円・昼食610円・夕食530円)となります。

居住費は、一日当り320円です。

【サービス内容により下記の負担をお願い致します。】…※介護保険適用外の実費負担

④金銭管理費として、基本管理費1,000円、出納費一回当り100円をご負担願います。

・預金通帳出納管理、買い物代行、購買等の金銭出納管理を行います。

⑤教養娯楽費として一回当りの材料実費等の費用をご負担願います。

・入居者皆さんの教養娯楽費としてクラブ活動の材料費や活動費・季節行事等の開催時に実費請求をさせていただきます。(生花教室の花代・釣りクラブの餌代・各行事の工作資材代・外出レク及び娯楽施設等の利用料や入場料等です。)

利用契約申込書

(グランモア和光苑)

申込日：平成 年 月 日

受付者

利用者名	性別 男・女	生年月日	年 月 日 (年齢 歳)
被保険者番号 () 要介護認定 要支援・要介護 (認定期限日：平成 年 月 日～平成 年 月 日)			
住 所			
連絡先	家族等氏名 (関係)		
面談日	平成 年 月 日 ()	AM / PM	:

◎ 現在の居宅サービス利用状況と内容 (もしくは、介護老人施設等の利用状況等)

- 居宅介護支援事業者名 (担当者)
- 訪問介護 (ホームヘルプ) …… (週 回 / 1日 回 事業者)
- 訪問看護 …… (週 回 / 1日 回 事業者)
- ディサービス …… (週 回 / 1月 回 事業者)
- デイケア …… (週 回 / 1月 回 事業者)
- ショートステイ …… (週 回 / 1月 回 事業者)
- 訪問入浴 …… (週 回 / 1月 回 事業者)
- 福祉用具貸与 …… (品名 事業者)
- その他 ()
- 他の施設入所等 ()
(利用期間：平成 年 月 日 ～ 平成 年 月 日まで・予定)

◎ かかりつけの病院等

_____	病院	_____	科	担当医 _____
_____	病院	_____	科	担当医 _____

○ 面談内容 (施設サービス希望項目・特記事項等)

施設長	事務長	相談員	CW主任	担当者	受付者

受付確認日	平成 年 月 日
受付承認日	平成 年 月 日
利用回答日	平成 年 月 日
利用開始日	平成 年 月 日

特別養護老人ホーム グランモア和光苑入所申込書

申込者(連絡先) 今後、郵便物などはこの連絡先にお送りさせていただきます。

申込日	平成 年 月 日
受付日	平成 年 月 日

〒	—
住所	
氏名	
電話	()

特別養護老人ホームに入所したいので、次のとおり申し込みます。

	申し込み先 (入所希望施設)	グランモア和光苑		保険者	
入所希望者の状況	(フリガナ)		性別	被保険者番号	
	氏名		男・女		
	生年月日	明・大・昭 年 月 日 () 歳	要介護度	1・2・3・4・5	
	現住所	〒 —			
	現況	<input type="checkbox"/> 自宅で一人で暮らしている <input type="checkbox"/> 自宅で家族と暮らしている <input type="checkbox"/> 特養などの施設や病院に入っている 「施設や病院等に入っている方」は記入してください。 ◇施設名または病院名: _____ 所在地(市区名のみ) ◇入所または入院時期: 平成 年 月から入所・入院している			
	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)	<input type="checkbox"/> 介護する者がいないため。 <input type="checkbox"/> 介護する者が「高齢」、「障害」、「疾病」等により十分な介護が困難なため。 <input type="checkbox"/> 介護者が就労していることから、十分な介護が困難なため。 <input type="checkbox"/> 介護者の身体的・精神的・負担が大きく十分な介護が困難なため。 <input type="checkbox"/> 居住環境の事情により十分な介護が困難なため。 <input type="checkbox"/> 施設や病院等から退所を求められているが、自宅での介護が困難なため。 <input type="checkbox"/> その他 ()			
	入所希望時期	<input type="checkbox"/> 今すぐ入所したい <input type="checkbox"/> 平成 年 月頃までに入所したい			
	医療の状況	【現在治療中の病気・特記事項等】			
	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、又は今後他の施設も申し込む予定。 ◇既に申し込んでいる他の施設名 () () () ◇今後申し込む予定の他の施設名 () () ()			
	主たる介護者	(フリガナ)		性別	本人との関係
氏名			男・女	生年月日	
同居の区分		<input type="checkbox"/> 同居している <input type="checkbox"/> 別居している(住所: _____)			
意見	【介護をしている上で困っていること等】				
同意書	今後の介護保険の施策の参考とするため、この申込書を市及び県に報告することに同意します。				
	平成 年 月 日	氏名: _____			

※認定調査票(写)・被保険者証(写)・直近3ヶ月分のサービス利用票及び別表(写)を添付してください。

別紙 特別養護老人ホーム グランモア和光苑 入所調査票

1 本人の状況

要介護度	要介護	1	2	3	4	5
痴呆による不適応行動	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	60%以上	50%以上	30%以上	30%未満
-------------	-------	-------	-------	-------

※認定調査票(写)・被保険者証(写)・直近3ヶ月分のサービス利用票及び別表(写)により確認します。

3 主たる介護者・家族等の状況

世帯の状況	独居	高齢者世帯	その他
介護者の年齢・続柄			
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、 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 特記事項(個別の事情等を記入して下さい)

記載日 平成 年 月 日

本人との関係
(又は、職名)

記載者氏名

印