

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	年	月	日
受付日	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)		性別		保険者		
(フリガナ)		性別		被保険者番号		
氏名		男・女		要介護度		
生年月日		年 月 日()歳		1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5		
現住所		〒		要介護認定期間		
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」は記入して下さい。 ◇施設名又は病院名: _____ ◇所在地(市区名のみ) _____ ◇入所又は入院時期: 年 月 から入所・入院している		年 月 日 から 年 月 日 まで		
入所希望者の 状況	入所を希望する理由(該当するものすべてを選んで下さい) 1. 入所申請ができるのは原則として要介護度3以上の方です。 (要介護度1・2の方については、入所を必要とするやむを得ない理由が必要となることから、次の2欄も回答してください。) <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()					
	2. 要介護度1・2の方については、以下該当するものを回答してください。 <input type="checkbox"/> 認知症である者であって、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が頻繁に見られる。 <input type="checkbox"/> 知的障害・精神障害等を伴い、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"/> 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。					
	入所希望時期					
	医療の状況					
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		【介護をしているうえで困っていること等】				

同意事項

- 1、本入所申し込みに関する内容を、市川市へ提供することに同意します。
- 2、入所に関わる記載事項の確認等に関し、関係病院、担当ケアマネジャーに確認することに同意します。

年 月 日
 入所申込者 氏名 _____ 印

【担当ケアマネージャー及び入所施設・入院施設について】

居宅介護支援事業所： _____

担当ケアマネージャー： _____ TEL： _____

【現在のご病気又は既往歴について】

現在治療中の病気 既往歴 お薬の内容

【入所希望者本人の身体・生活の状況について】 ※わかる範囲であてはまる項目に○でご記入をお願いします。

「歩行・移動（複数回答可）」

- 1. 一人で歩ける 2. 手すり・杖・歩行器を使用すれば一人で歩ける 3. 介助があれば歩ける
- 4. 車椅子使用している（自走ができる・自走はできない）

「食事」

- 1. 自分で食べられる 2. 声かけ・見守りをすれば食べられる 3. 一部介助が必要、全て介助が必要
- 4. 口から食べることが出来ない

「排泄」

- 1. 自分でできる。 2. 見守り・一部介助が必要。 3. ベッドで全介助。
- 4. 尿意・便意あり。 5. 尿意・便意なし。

「意思の疎通」

- 1. 出来る 2. 出来るときもある 3. ほとんど出来ない 4. 全く出来ない

「言語」

- 1. 普通 2. 聞き取りにくい 3. 聞き取れない 4. 全く話せない

「視力」

- 1. 普通 2. やや悪い 3. 人や物の動きがわかる 4. 全く見えない

「聴力」

- 1. 普通 2. 大きな声なら聞こえる 3. 耳元で大きな声なら聞こえる 4. 全く聞こえない

介護に抵抗することはありますか	ある	時々ある	ない
一人で外に出たり、目が離せないことがありますか	ある	時々ある	ない
「家に帰る」など落ち着きがなくなったり、目的もなく動き回ることがありますか	ある	時々ある	ない
暴言や暴力がありますか	ある	時々ある	ない
食べられないものを口に入れることがありますか	ある	時々ある	ない
夜間に眠れず、昼夜逆転していることがありますか	ある	時々ある	ない
しつこく物を叩いたり手を叩いて音をだすことがありますか	ある	時々ある	ない

上記以外に困っていることなどあればご記入ください

経済状況	年金	国民 ・ 厚生 ・ 共済 ・ 遺族 ・ 恩給 ・ 障害
	年金額	円/月
	市民税	課税世帯 ・ 非課税世帯
	生活保護	有 ・ 無

生活歴(生まれ・仕事・趣味など わかる範囲でご記入ください)	
入居に際しての入居希望者の要望	ご家族様の要望

緊急連絡先は最低2か所必要になります。また、判定基準となりますので必ずご記入ください。

第一連絡先	第二連絡先	第三連絡先
ふりがな 氏名： 続柄（ ）	ふりがな 氏名： 続柄（ ）	ふりがな 氏名： 続柄（ ）
住所：〒	住所：〒	住所：〒
電話：	電話：	電話：
勤務先： 住所： TEL：	勤務先： 住所： TEL：	勤務先： 住所： TEL：

特別養護老人ホーム 桜楓親愛の丘

ユニット型 利用料金表

令和6年8月1日現在

4段階	施設サービス費 1日あたり			居住費	食費	月額合計 (31日)		
	1割負担	2割負担	3割負担			1割負担	2割負担	3割負担
要介護1	700円	1,400円	2,100円	2,900円	1,900円	170,500円	192,200円	213,900円
要介護2	773円	1,547円	2,320円			172,763円	196,757円	220,720円
要介護3	852円	1,703円	2,555円			175,212円	201,593円	228,005円
要介護4	926円	1,852円	2,778円			177,506円	206,212円	234,918円
要介護5	998円	1,996円	2,994円			179,738円	210,676円	241,614円

3段階②	施設サービス費 1日あたり		居住費	食費	月額合計 (31日)
	1割負担				
要介護1	700円		1,370円	1,360円	106,330円
要介護2	773円				108,593円
要介護3	852円				111,042円
要介護4	926円				113,336円
要介護5	998円				115,568円

3段階①	施設サービス費 1日あたり		居住費	食費	月額合計 (31日)
	1割負担				
要介護1	700円		1,370円	650円	84,320円
要介護2	773円				86,583円
要介護3	852円				89,032円
要介護4	926円				91,326円
要介護5	998円				93,558円

2段階	施設サービス費 1日あたり		居住費	食費	月額合計 (31日)
	1割負担				
要介護1	700円		880円	390円	61,070円
要介護2	773円				63,333円
要介護3	852円				65,782円
要介護4	926円				68,076円
要介護5	998円				70,308円

- ・上記、利用料金には施設サービス費以外の加算は含まれておりません。(別途請求)
- ・基本、入居者様全員におやつ代(150円/日)がかかります。
- ・その他、嗜好品代、理美容代、電気代(1品 600円/月)医療費等の実費がかかります。
- ・洗濯代、おむつ代は利用料金に含まれます。
- ・単位数計算により、多少端数の誤差が生じる場合があります。