

【様式 1】

マザーアースサテライト 優先入所申込書

申込番号	No.	受付者
申込日	年 月 日	
受付日	年 月 日	

社会福祉法人 崇徳会

地域密着型特別養護老人ホーム

マザーアースサテライト

理事長 野溝 守 様

申 氏 名		続 柄	
込 住 所	〒		
者 連絡先	自宅 携帯		

地域密着型特別養護老人ホーム マザーアースサテライトに入所したいので、次の通り申し込みます。

本 人 の 状 況	フリガナ 氏 名		男	介 護 保 険	被保番			
			女		保険者	ふじみ野市	負担割合	1・2・3
	生年月日	大・昭 年 月 日(歳)			要介護	1・2・3・4・5	申請中	
	住 所	〒			認定有効 期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日まで		
	電話番号				負担限度 額認定	あり(第 段階)・なし・不明		
	担当ケアマネ	☐ いる(事業所名 担当者名) ・ ☐ いない						
	介護サービス 利用状況	1 訪問介護 () 6 通所リハビリ () 2 訪問入浴 () 7 短期入所生活介護 () 3 訪問看護 () 8 短期入所療養介護 () 4 訪問リハビリ () 9 福祉用具の貸与 () 5 通所介護 () 10 その他 ()						
	現在の状況	☐ 一人で暮らしている ☐ その他 () ☐ 家族と暮らしている ☐ 別居だが、同一敷地内又は近隣(概ね1k以内)に家族がいる ☐ 施設や病院に入所入院中(病院・老健・特養・ケアハウス・GH・有料・その他) 施設(病院)名: 入所(入院)日: 年 月 日						
	医療的措置 の状況	【既往歴】 脳梗塞 ・ 脳出血 ・ 脳血栓 ・ 心不全 ・ 心筋梗塞 ・ 高血圧 狭心症 ・ 糖尿病 ・ 骨折(部位:) ・ 貧血 白内障 ・ 緑内障 ・ 骨粗鬆症 ・ その他 () 【必要な処置等】 経管栄養(胃ろう・経鼻経管) ・ 在宅酸素 ・ 吸引 ストーマ ・ 尿管カテーテル ・ インスリン注射 褥瘡(部位:) ・ その他 () 【現在治療中の疾患】 ()						
	入所希望 の理由 ※該当する ものすべて	☐ 一人暮らしのため ☐ 介護者がいないため ☐ 介護者が高齢で介護困難なため ☐ 介護者に障害や疾病があり介護困難な為 ☐ 介護者が就労等により、十分な介護が難しいため ☐ 他の介護保険施設より移動したい ☐ 介護者が複数の介護をしている ☐ 入院中だが退院後の生活拠点にしたい ☐ その他 ()						

主たる介護者	フリガナ氏名			性別	本人との関係
				男・女	
	生年月日	大・昭・平 年 月 日 (歳)		同居の区分	
	住 所	〒		同居・別居	
	電話番号	(自宅) (携帯)			
	就労状況		健康状況		育児状況
・有 (常勤 ・ パート) (週 時間) ・無		・良好 ・不良 ()		・有 (人) ・無	
従たる介護者	フリガナ氏名			性別	本人との関係
				男・女	
	生年月日	大・昭・平 年 月 日 (歳)		同居の区分	
	住 所	〒		同居・別居	
	電話番号	(自宅) (携帯)			
	就労状況		健康状況		育児状況
・有 (常勤 ・ パート) (週 時間) ・無		・良好 ・不良 ()		・有 (人) ・無	
別居の血縁者	フリガナ氏名			性別	本人との関係
				男・女	
	生年月日	大・昭・平 年 月 日 (歳)		同居の区分	
	住 所	〒		同居・別居	
	電話番号	(自宅) (携帯)			
	就労状況		健康状況		育児状況
・有 (常勤 ・ パート) (週 時間) ・無		・良好 ・不良 ()		・有 (人) ・無	
その他	他申込み状況	☐ 当該施設のみ申込み ☐ 他施設申込みあり (施設名)			
	入所希望時期	☐ すぐに入所したい：理由 () ・ ☐ 年 月頃には入所したい			
	居宅において日常生活を行うことが困難であることについてのやむを得ない事由 (要介護度①又は②の方のみ記載)	☐ 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。 ☐ 知的・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。 ☐ 家族等による深刻な虐待等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。 ☐ 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な状況である。			
説明確認欄	★ 私は、優先入所申込の際の入所決定の手続き及び入所の必要性を評価する基準等について施設から説明を受けました。 また、以下の件についても説明を受け同意します。 1、市町村から要求があった場合この申込み情報を市町村に提供すること。また市町村から入所判定に必要な情報を得る事。 2、担当の介護支援専門員や病院及び入所施設の相談員・看護師等から入所判定に必要な情報の提供を受けること。 令和 年 月 日 氏名 (本人又は代理人) 印				

※添付書類

介護保険被保険者証 (写) ・ サービス利用表 (写) ・ 入所事前調査表 (別紙) ・ お薬情報 (写) を添えて提出をお願いします。添付書類未提出は場合によっては申込みが受理できないことがあります。

※入所の必要性がなくなった場合は、施設まで連絡頂き「優先入所取り下げ書」 (別紙) を提出して下さい。

※申込み内容 (要介護度・生活拠点等) に変更が生じた際は施設まで連絡をお願いします。

【様式2】

入 所 事 前 調 査 票

※ご本人様の現在の身体・精神状況について、該当される項目の□内にチェックして下さい。

現病名	※現在治療中の病気をご記入ください □ なし □ あり (病名:)
既往歴	※今までかかった病気をわかる範囲でご記入ください
医療の状況	□胃ろう □インシュリン注射 □在宅酸素 □褥瘡 □人工肛門 □バルーンカテーテル □その他 ()
意思疎通	□図れる □図りにくい □図れない ()
視力	□普通 □生活に支障なし □うっすら見えている □全盲 □眼鏡使用
聴力	□普通 □大きな声なら聞こえる □聞こえない □補聴器使用
食事	□自分で食べられる □何らかの手助けが必要 □全介助 □箸 □スプーン □自助食器 義歯□上下 □上 □下 □自歯
食事形態	主食 () 副食 () 禁止 ()
排泄	□自分で失敗なくできる □何らかの手助けが必要 □定期的に声を掛け、排泄を促している □全面的に介助を要する ※現在使用しているものをお選びください □普通のパンツ □紙パンツ □紙オムツ (□常時 □夜のみ) □ポータブルトイレ □トイレ □その他 ()
入浴	□自分で入れる □何らかの手助けを要する □全面的な介助を要する □一般浴 □座位式特殊浴槽 □臥床式特殊浴槽
移動	□1人で歩ける □手引きで歩く □杖歩行 □シルバーカー使用 □歩行器使用 □車いす (□自操 □要介助) □リクライニング
睡眠	□よく眠る □あまり眠れていない □眠れない □眠剤を使用
認知症等 による行動 心理・症状	●認知症等による行動や症状が □ある □ない ※ある場合は、下記に該当される行動や症状にチェックを入れて下さい □見えないものが見える □物を取られたと被害的になる □介護への抵抗がある □不潔行為がある □大声を出す □食べられない物を口に入れようとする □人に手を上げる □ものを壊す □独り言を言う □落ち着きなく歩き回る □夜間起きていて昼間寝ている ※その他にあればその症状をお書きください

入所申し込み時、ご持参いただきたいもの

- ・介護保険証
- ・介護負担割合証
- ・介護負担限度額認定証（お持ちの方）
- ・お薬の説明書（お薬服用されている方）

入所時に、ご持参いただきたいもの

- ・主治医への紹介状
- ・印鑑（三文判で構いません）
- ・看護サマリー（施設、病院から入所される方）
- ・2～3週間分のお薬

地域密着型特養養護老人ホーム マザーアース サテライト 利用料金表

令和6年8月1日改定

※基本料金

単位(円)

要介護度	基本料金 (1日当たりの金額)			加算合計★			食費	居住費	日額合計 (1割)	1月(31日間)の概算金額★		
	1割負担	2割負担	3割負担	1割	2割	3割				1割負担	2割負担	3割負担
①	712	1,425	2,138	215	431	645	2,000	2,170	5,097	158,007	186,806	215,543
②	786	1,573	2,360	226	542	677	2,000	2,170	5,182	160,642	194,835	223,417
③	865	1,730	2,595	236	472	708	2,000	2,170	5,271	163,401	197,532	231,663
④	941	1,883	2,824	246	493	739	2,000	2,170	5,357	166,067	202,926	239,723
⑤	1,014	2,029	3,044	257	514	771	2,000	2,170	5,441	168,671	208,103	247,535

※平成27年4月の制度改正により、特別養護老人ホームへの入居は原則、要介護3以上の方に限られます。

※基本料金の負担割合は所得に応じて1割負担又は2割負担又は3割負担となります。

保険者より送付された【介護保険負担割合証】をご確認ください。

※【介護保険負担限度額認定証】をお持ちの方は相談員まで提示してください。

※ヘアカット、特別な食事、特別な日用品、予防接種・健康診断等については、実費負担をいただきます。

★ 加算につきましては、施設基準・職員体制等により、変更することがあります。

★ 加算合計(1日単位)には介護職員等処遇改善加算(Ⅱ)が含まれます。

※各種加算料金

◎入居者に共通して加算される費用				
		1割負担	2割負担	3割負担
サービス提供体制強化加算(Ⅲ)	介護職員の総数のうち介護福祉士の割合が50%以上、または職員総数のうち勤続7年以上の割合が30%以上配置	7円/日	13円/日	19円/日
看護体制加算(Ⅰ)	常勤の看護師が一人以上	12円/日	25円/日	37円/日
栄養マネジメント強化加算	管理栄養士を配置し、計画的な栄養管理を実施し、評価を厚生労働省に提出	12円/日	24円/日	36円/日
褥瘡マネジメント加算(Ⅰ)	入所時に褥瘡の有無の確認と評価を行いリスクの評価の結果を厚生労働省に提出	3円/月	6円/月	9円/月
褥瘡マネジメント加算(Ⅱ)	入所時に褥瘡が認められた入所者の褥瘡が治癒、また褥瘡のリスクがある方に発生がない。	94円/月	188円/月	282円/月
安全対策体制加算	外部の研修を受けた担当者が配置され、施設内に安全対策部門を設置し、組織的に安全対策を実施する体制(入所時1回のみ)	21円	42円	63円
口腔衛生管理加算(Ⅰ)	歯科医及び歯科衛生士による定期的(2回/月)な指導を行っている場合	94円/月	188円/月	282円/月
協力医療機関連携加算	相談・診療体制を常時確保し緊急時入院を受け入れる体制を確保している	104円/月	209円/月	313円/月
生産性向上推進体制加算	利用者の安全、介護サービスの質の確保、職員の負担軽減に資する方策(業務効率化・質向上・負担軽減の検討確認)	104円/月	209円/月	313円/月
自立支援促進加算	医師が自立支援のために特に必要な医学的評価を行い自立支援の支援計画を策定し、支援計画に従ったケアと評価を行った場合	292円/月	585円/月	877円/月
科学的介護推進体制加算(Ⅱ)	入所者の、ADL値、栄養状態、口腔機能、認知症の状況、心身の状況等及び疾病の状況等に係る基本的な情報を厚生労働省に提出	52円/月	104円/月	156円/月
介護職員等処遇改善加算(Ⅱ)	介護職員の処遇改善のため、利用者ごとの1月の総単位数(介護度に応じた基本サービス費と各種加算)に13.6%を乗じた基準額に対し、介護負担割合証に記載の割合に応じた額			

◎該当者のみに一時的に加算される費用

初期加算	入所時、または30日以上入院からの再入居時（30日を限度）	32円/日	63円/日	94円/日
外泊時費用	病院等へ入院した場合及び居宅やその他における外泊を認めた場合（月6回を限度）	257円/日	514円/日	771円/日
看取り加算（Ⅰ） 医師が終末期と判断し、本人・家族同意のもと看取り看護を実施した場合	①死亡日以前31日以上45日以下	75円/日	150円/日	225円/日
	②死亡日以前4日以上30日以下	150円/日	300円/日	451円/日
	③死亡日以前2日または3日	710円/日	1,421円/日	2,131円/日
	④死亡日	1,337円/日	2,675円/日	4,012円/日

【料金】（負担限度額対象の方）

要介護度	基本料金	加算	負担限度額	食費	居住費	日額合計 （1割負担）	限度額適用時の概算金額 1月分（31日）単位（円）
①	712	215	第1段階	300	880	2,107	65,317
			第2段階	390	880	2,197	68,107
			第3段階①	650	1,370	2,947	91,357
			第3段階②	1,360	1,370	3,657	113,367
			第4段階	2,000	2,170	5,097	158,007
②	786	226	第1段階	300	880	2,192	67,952
			第2段階	390	880	2,282	70,742
			第3段階①	650	1,370	3,032	93,992
			第3段階②	1,360	1,370	3,742	116,002
			第4段階	2,000	2,170	5,182	160,642
③	865	236	第1段階	300	880	2,281	70,711
			第2段階	390	880	2,371	73,501
			第3段階①	650	1,370	3,121	96,751
			第3段階②	1,360	1,370	3,831	118,761
			第4段階	2,000	2,170	5,271	163,401
④	941	246	第1段階	300	880	2,367	73,377
			第2段階	390	880	2,457	76,167
			第3段階①	650	1,370	3,207	99,417
			第3段階②	1,360	1,370	3,917	121,427
			第4段階	2,000	2,170	5,357	166,067
⑤	1,014	257	第1段階	300	880	2,451	75,981
			第2段階	390	880	2,541	78,771
			第3段階①	650	1,370	3,291	102,021
			第3段階②	1,360	1,370	4,001	124,031
			第4段階	2,000	2,170	5,441	168,671

実 費

理容代	2, 0 0 0 円/回	(希望者のみ)
日用品費 (常備品以外)	実費	
その他身の回り品 (常備品以外)	実費	
嗜好品費	実費	
教養娯楽費	実費	
健康管理費 (予防接種・健康診断等)	実費	
個人用家電の電気代	5 0 円/日	(テレビ使用のみ)
洗濯代 (ドライクリーニングが必要な衣類のみ)	4 2 0 円/ネット	
出納管理費 (月額)	2, 5 0 0 円	
行事食 (1回)	5 5 0 円	
利用料引き落とし代	1 6 5 円	