

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

【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

申込者	氏名	続柄	
	住所	〒	
	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。

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	<input type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない	事業所名	担当者名				
本 人 の 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	<input type="checkbox"/> 一人で暮らしている	<input type="checkbox"/> その他 ()					
	<input type="checkbox"/> 家族と暮らしている						
	<input type="checkbox"/> 別居だが、同一敷地内又は近隣(概ね1km以内)に家族がいる						
	<input type="checkbox"/> 施設や病院に入所入院中(病院・老健・特養・ケアハウス・G H・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】 ()						
	<input type="checkbox"/> 一人暮らしのため <input type="checkbox"/> 介護者がいないため <input type="checkbox"/> 介護者が高齢で介護困難なため <input type="checkbox"/> 介護者に障害や疾病があり介護困難な為 <input type="checkbox"/> 介護者が就労等により、十分な介護が難しいため <input type="checkbox"/> 他の介護保険施設より移動したい <input type="checkbox"/> 介護者が複数の介護をしている <input type="checkbox"/> 入院中だが退院後の生活拠点にしたい <input type="checkbox"/> その他()						
入所希望の理由 ※該当するものすべて							

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	〒			1 同居 · 2 別居	
	電話番号					
	就労状況			健康状況		育児状況
	・あり (常勤・パート) (週 時間) ・なし			・良好 ・不良 (・あり (人) ・なし
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	〒			1 同居 · 2 別居	
	電話番号					
	就労状況			健康状況		育児状況
	・あり (常勤・パート) (週 時間) ・なし			・良好 ・不良 (・あり (人) ・なし
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	〒			1 同居 · 2 別居	
	電話番号					
	就労状況			健康状況		育児状況
	・あり (常勤・パート) (週 時間) ・なし			・良好 ・不良 (・あり (人) ・なし
その他	入所希望時期	<input type="checkbox"/> 当該施設のみ申込み <input type="checkbox"/> 他施設申込みあり (施設名)				
	利用時期	<input type="checkbox"/> すぐに入所したい: 理由 () <input type="checkbox"/> 年 月頃には入所したい				
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・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。

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

【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 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 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	<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"/> 褥瘡 <input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> バルーンカテーテル <input type="checkbox"/> その他 ()																
意思疎通	<input type="checkbox"/> 図れる <input type="checkbox"/> 図りにくい <input type="checkbox"/> 図れない ()																
視力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 生活に支障なし <input type="checkbox"/> うっすら見えている <input type="checkbox"/> 全盲 <input type="checkbox"/> 眼鏡使用																
聴力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 大きな声なら聞こえる <input type="checkbox"/> 聞こえない <input type="checkbox"/> 補聴器使用																
食事	<input type="checkbox"/> 自分で食べられる <input type="checkbox"/> 何らかの手助けが必要 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 箸 <input type="checkbox"/> スプーン <input type="checkbox"/> 自助食器 義歯 <input type="checkbox"/> 上下 <input type="checkbox"/> 上 <input type="checkbox"/> 下 <input type="checkbox"/> 自歯																
食事形態	主食 () 副食 () 禁止 ()																
排泄	<input type="checkbox"/> 自分で失敗なくできる <input type="checkbox"/> 何らかの手助けが必要 <input type="checkbox"/> 定期的に声を掛け、排泄を促している <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 普通のパンツ <input type="checkbox"/> 紙パンツ <input type="checkbox"/> 紙オムツ (<input type="checkbox"/> 常時 <input type="checkbox"/> 夜のみ) <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ <input type="checkbox"/> トイレ その他 ()																
入浴	<input type="checkbox"/> 自分で入れる <input type="checkbox"/> 何らかの手助けを要する <input type="checkbox"/> 全面的な介助を要する <input type="checkbox"/> 一般浴 <input type="checkbox"/> 座位式特殊浴槽 <input type="checkbox"/> 臥床式特殊浴槽																
移動	<input type="checkbox"/> 1人で歩ける <input type="checkbox"/> 手引きで歩く <input type="checkbox"/> 杖歩行 <input type="checkbox"/> シルバーカー使用 <input type="checkbox"/> 歩行器使用 <input type="checkbox"/> 車いす (<input type="checkbox"/> 自操 <input type="checkbox"/> 要介助) <input type="checkbox"/> リクライニング																
睡眠	<input type="checkbox"/> よく眠る <input type="checkbox"/> あまり眠れていない <input type="checkbox"/> 眠れない <input type="checkbox"/> 眠剤を使用																
認知症等による行動 による行動 心理・症状	<p>●認知症等による行動や症状が <input type="checkbox"/>ある <input type="checkbox"/>ない</p> <p>※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</p> <table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td><input type="checkbox"/>見えないものが見える</td> <td><input type="checkbox"/>物を取られたと被害的になる</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/>介護への抵抗がある</td> <td><input type="checkbox"/>不潔行為がある</td> <td><input type="checkbox"/>大声を出す</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/>食べられない物を口に入れようとする</td> <td><input type="checkbox"/>人に手を上げる</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/>ものを壊す</td> <td><input type="checkbox"/>独り言を言う</td> <td><input type="checkbox"/>落ち着きなく歩き回る</td> </tr> <tr> <td colspan="3"><input type="checkbox"/>夜間起きていて昼間寝ている</td> </tr> </table> <p>※その他にあればその症状をお書きください</p>				<input type="checkbox"/> 見えないものが見える	<input type="checkbox"/> 物を取られたと被害的になる	<input type="checkbox"/> 介護への抵抗がある	<input type="checkbox"/> 不潔行為がある	<input type="checkbox"/> 大声を出す	<input type="checkbox"/> 食べられない物を口に入れようとする	<input type="checkbox"/> 人に手を上げる	<input type="checkbox"/> ものを壊す	<input type="checkbox"/> 独り言を言う	<input type="checkbox"/> 落ち着きなく歩き回る	<input type="checkbox"/> 夜間起きていて昼間寝ている		
<input type="checkbox"/> 見えないものが見える	<input type="checkbox"/> 物を取られたと被害的になる																
<input type="checkbox"/> 介護への抵抗がある	<input type="checkbox"/> 不潔行為がある	<input type="checkbox"/> 大声を出す															
<input type="checkbox"/> 食べられない物を口に入れようとする	<input type="checkbox"/> 人に手を上げる																
<input type="checkbox"/> ものを壊す	<input type="checkbox"/> 独り言を言う	<input type="checkbox"/> 落ち着きなく歩き回る															
<input type="checkbox"/> 夜間起きていて昼間寝ている																	

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

単位(円)

※基本料金

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	203	406	608	2,000	2,170	5,085	157,635	186,031
②	786	1,573	2,360	214	427	640	2,000	2,170	5,170	160,270	191,270	222,270
③	865	1,730	2,595	224	447	671	2,000	2,170	5,259	163,029	196,788	230,547
④	941	1,883	2,824	234	468	702	2,000	2,170	5,345	165,695	202,180	238,607
⑤	1,014	2,029	3,044	245	489	734	2,000	2,170	5,429	168,299	207,359	246,388

※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	5円/日	10円/日	15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)の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日以上の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	203	第1段階	300	880	2,095	64,945
			第2段階	390	880	2,185	67,735
			第3段階①	650	1,370	2,935	90,985
			第3段階②	1,360	1,370	3,645	112,995
			第4段階	2,000	2,170	5,085	157,635
②	786	214	第1段階	300	880	2,180	67,580
			第2段階	390	880	2,270	70,370
			第3段階①	650	1,370	3,020	93,620
			第3段階②	1,360	1,370	3,730	115,630
			第4段階	2,000	2,170	5,170	160,270
③	865	224	第1段階	300	880	2,269	70,339
			第2段階	390	880	2,359	73,129
			第3段階①	650	1,370	3,109	96,379
			第3段階②	1,360	1,370	3,819	118,389
			第4段階	2,000	2,170	5,259	163,029
④	941	234	第1段階	300	880	2,355	73,005
			第2段階	390	880	2,445	75,795
			第3段階①	650	1,370	3,195	99,045
			第3段階②	1,360	1,370	3,905	121,055
			第4段階	2,000	2,170	5,345	165,695
⑤	1,014	245	第1段階	300	880	2,439	75,609
			第2段階	390	880	2,529	78,399
			第3段階①	650	1,370	3,279	101,649
			第3段階②	1,360	1,370	3,989	123,659
			第4段階	2,000	2,170	5,429	168,299