入居をご希望の皆様へ

この度は、『　特別養護老人ホーム　やわらぎの里　』への入居申込みをいただき、ありがとうございます。
同封の申込方法の説明書などをご一読の上、必要事項をご記入いただき、ご郵送ください。
お手数をおかけ致しますが、何卒よろしくお願い申し上げます。

特別養護老人ホーム やわらぎの里
施設長

【 同封書類 】

1　申込方法の説明書
2　特別養護老人ホーム入居申込書
3　介護支援専門員等意見書
4　利用料金説明書
5　同意書

○　お願い　○

ご入居申し込みをされたのちに、「要介護度」「サービスの利用状況」「介護者の状況等」に変更が生じた場合には、ご連絡をいただきますようお願い申し上げます。

適正かつ速やかにご入居いただくために、お手数をおかけして申し訳ございませんが宜しくお願い致します。

申込方法の説明書

〇ご用意頂くもの

必　要　書　類	部数	備　　考	ご本人 家族様 確認欄
特別養護老人ホーム　入居申込書	1	同封の「特別養護老人ホーム入居申込書」にご記入下さい。	
介護支援専門員等意見書	1	担当のケアマネジャー様か相談員様に記入ご依頼ください。	
介護保険被保険者証・負担割合証の写し	1	Ａ４サイズのコピーでお願いします	
介護保険負担限度額認定証の写し	1	Ａ４サイズのコピーでお願いします お持ちの場合は、必ずご同封下さい	
認定調査票の写し	1	Ａ４サイズのコピーでお願いします 市町村役所の介護保険の担当窓口にお申し出いただき、取得して下さい	
直近3か月分の介護サービス利用票の写しとその別表の写し	1	今までに介護保険制度をご利用になられたことがない方は、必要ありません また、病院、老人保健施設、他の特別養護老人ホームに入所中の方も必要ありません お手元にない場合はご担当のケアマネジャー様にお問い合わせ下さい	
同意書	1	入居希望者様ご本人の入居に関するご意思の確認、また、上記書類の個人情報の利用と保管・破棄についての同意書です	

〇ご提出方法　上記の表中の　「入居申込書送付用封筒」に上記書類全てを封入し、折らずにご送付下さい。（重要な個人情報ですので、簡易書留郵便にてご発送をお願い致します。）

〇審査の方法

・申込者全員を対象に、施設長、医師、介護支援専門員、生活相談員、看護師、介護職員、管理栄養士、機能訓練指導員や部外の第三者委員で構成する「入居検討委員会」で、兵庫県が定める「介護老人福祉施設・入所コーディネートマニュアル」に基づき公正に判定を行います。

・入居いただく順番は、申込(先着)順ではなく、必要性や緊急性の高い方から順次ご入居いただくことになります。その必要性や緊急性の度合いを判断する審査基準は、

１．入居ご希望のご本人様の心身の状況　　２．介護の必要性

３．在宅介護の困難性　の三点です。

・評価においては、入居申込書および介護支援専門員等意見書の記載事項が大変重要な資料となりますので、出来得る限り詳細にご記入いただきますようお願い申し上げます。

（様式１）

特別養護老人ホーム　入居申込書

申込日：　　年　　月　　日

特別養護老人ホーム
施設長　　様

入居申込者

ふりがな		性別	保険者	市　・　町	
氏名		男・女	被保険者番号		
生年月日	明･大･昭　　年　　月　　日		要介護度	１　・　２　・　３　・　４　・　５	
認定有効期間	年　　月　　日　～　　年　　月　　日		電話番号	（　　）	
現住所	〒　　－				

〔必要添付書類〕
①介護支援専門員等意見書（様式２）　②認定調査票（基本調査）（写）
③直近3ヵ月分のサービス利用票（写）及び別表（写）

申込代理者（申込者が本人でない場合は、下の欄も記入してください。）

氏名		入居申込者との続柄	
住所	〒　　－ 電話番号　　（　　）		

上記入居申込者について、この入居申込書により入居を希望いたします。

なお、入居のための待機中に、貴施設以外の施設に入居が決定した場合、また要介護度や連絡先、介護の状況等について変更がありました場合は、速やかに貴施設に連絡いたします。

時　　期	早急　・　令和　　年　　月以降　　申込予定：　貴施設のみ　・　他にも申込む　　ヶ所（予定）
現　　況	□ 1 自宅で一人で暮らしている。　□ 2 自宅で家族と暮らしている。　□ 3 老健等施設や病院に入っている。 ※「□3　老健等施設や病院に入っている。」に“✔”を入れた場合は下記についても記入してください。 ◇　施設名又は病院名： ◇　入所又は入院時期　：　　年　　月　　日から入所・入院している。
入居希望理由（**要介護3～5の方は、右記の**該当項目を全て選んでください。）	□ 1　施設入居により安心した生活を送りたい □ 2　寝たきりなどにより、食事､排泄､入浴等日常生活全般に介助が必要 □ 3　認知症などにより常時の見守り、介護が必要 □ 4　施設や病院等から退所を求められているが、自宅での生活が困難 □ 5　介護者がいない、介護者が入院等で介護できない □ 6　介護者が、高齢、疾病、育児、就労、別居等のため、介護が困難 □ 7　利用したい在宅サービスが十分でない（夜間訪問介護など） □ 8　介護保険の限度額を超える等、経済的負担が大きい □ 9　住宅が介護に適さない（狭い､改修不可など） □10　住宅環境が在宅サービス利用に適さない（立地・地形上など） □11　その他の理由（具体的にお書き下さい） （　　）
特例入所該当理由（**要介護１又は要介護２の方は、右記の**該当項目を全て選んでください。）	□ 1　認知症・知的障害・精神障害等により常時の見守り・介護が必要 □ 2　介護者がなく、かつ、地域での介護サービスや生活支援が十分でない □ 3　介護者が、高齢、疾病、育児、就労、別居等のため介護が困難であり、かつ、地域での介護サービスや生活支援が十分でない

主たる介護者					
ふりがな		性別	本人との関係	生年月日	明・大・昭　　年　　月　　日
氏　名		男・女		電話番号	（　　）
同居の区分	□　同居している　　□　別居している　　（住所：　　）				
就労状況等	□就業中　□育児　□高齢　□疾病　□その他（　　）				
意見	【介護をしている上で困っている事等】				

同意書	・申込施設が担当の介護支援専門員や入居申込者の介護保険の保険者である市町（以下、保険者市町という。）から入居判定に必要な入居申込者等の情報を受けることに同意します。 ・入居申込者の入居判定や年1回県と保険者市町が合同で実施する特別養護老人ホーム入居申込状況調査や今後の保険者市町の施策の参考とするため、この申込書及び介護支援専門員等意見書の内容を保険者市町に報告することに同意します。 令和　　年　　月　　日　　氏名　　印

同　意　書

特別養護老人ホーム　　やわらぎの里　　※ご希望される施設に〇をつけてください。複数選択可
清和台　　東谷　　ぷらす館　　西多田　　施設長様

私、＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿は、私の意思として貴法人施設に入居を希望します。

また、私は、貴法人施設に入居を希望するにあたり、貴法人の入居検討委員会に、下記の個人情報を提供し、審査に供されること、又、入居審査の結果に関わらず、提出書類は待機者登録用としての保管や、廃棄を貴法人によって行われることについても同意致します。

記

〇特別養護老人ホーム　入居申込書	１通
〇介護支援専門員等意見書	１通
〇介護保険被保険者証　割合証の写し	各１通
〇介護保険負担限度額認定証の写し	１通
〇認定調査票の写し	１通
〇介護サービス利用票の写し	１通
〇入居申込書返送用封筒（大封筒）	1枚

以上

令和　　年　　月　　日

入居希望者　　住　　所

氏　　名　　印

代　理　人　　住　　所

氏　　名　　印

（様式２）

記入日：　　年　　月　　日

② 介護支援専門員等意見書

入所申込者（本人）氏名：

記載者
氏名：
所属：
職種：
電話：

※　この意見書は、入所申込時点で関わりのある介護支援専門員や施設・病院職員等の専門職（相談員・看護師等）や地域包括支援センターの職員等が入所申込者の現在の状況を、把握されている範囲でご記入ください。

（１）　認知症の周辺症状（認知症以外の疾患で同様の症状を認める場合を含む）

①発生頻度

□非常に多い　□時々ある　□少しある・稀にある　□なし

②症状(該当する項目全てにチェック)

□幻視・幻聴　□昼夜逆転　□暴言暴行　□大声を出す　□介護に抵抗
□常時の徘徊　□火の不始末　□不潔行為　□異食行動　□自傷行為
□性的問題行動　□その他(　　)

（２）　主たる介護者・家族等の状況

□身寄りがいない、もしくは家族等がいても疎遠であるなど介護者がいない。
□介護者はいるが、地理的に離れているもしくは病院等に長期入院の状況にあり、十分な介護が困難。
□介護者はいるが、他に介護や育児が必要な者がいる。
□介護者はいるが、十分な介護が困難。(高齢・障害・疾病・就労・その他：　　)
□介護者が近隣にいる。
□同居の介護者がいる。（　　人）
□その他（　　）

（３）　主たる介護者の負担感

□介護疲れがひどい。
□在宅サービスを利用しているが介護疲れがある。
□在宅サービスの利用にて順調。
□在宅サービスの利用ないが順調。
□殆ど関わっていない。

（4） 在宅生活に支障がある状況

□近くに在宅サービス事業者がなくその利用が困難。

□十分なケア(ナイトケア等)が受けられない。

□施設や病院から退所(院)を求められている。

□介護保険の利用限度額を超えて在宅サービスを自費負担している等経済的理由。

□その他（　　）

（5） 医療的処置の状況

□経鼻経管栄養　□胃ろう又は腸ろう　□在宅酸素　□インシュリン

□人工肛門　□カテーテル　□その他（　　）

（6） 障害者手帳の所持

①知的障害

○療育手帳の所持　□あり　□なし

○障害区分　□A　□Ｂ１　□Ｂ２

②精神障害

○精神障害者保健福祉手帳の所持　□あり　□なし

○障害区分　□１級　□２級　□３級

（7） 特例入所の該当理由（要介護１又は２と認定された入所申込者についてのみ記入）

□　認知症である者であって、認知症高齢者の日常生活自立度がⅡｂ以上であり、日常生活に支障を来すような症状・行動や意思の疎通の困難さが頻繁に見られること。

□　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・行動や意思の疎通の困難さ等が頻繁に見られること。

□　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こと。

（8） 特記事項(在宅または入院・入所先で生活継続が困難である理由等)

（　　）

【 記載例】

特別養護老人ホーム　入居申込書

申込日:　令和　〇〇　年　××月　△△日

特別養護老人ホーム
施設長　　様

入居申込者

ふりがな	ひょうご　はなこ	性別	保険者	〇〇　　(市)・町	
氏名	兵庫　花子	男・(女)	被保険者番号	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9	
生年月日	明・大・(昭)　5 年　3月　3日		要介護度	1 ・ 2 ・ (3) ・ 4 ・ 5	
認定有効期間	令和〇〇年　△月　×日　～　〇〇年　× 月 △日		電話番号	0 7 8　(×××) ××××	
現住所	〒　650　－　0000 〇〇市△△町×丁目〇－〇　　□□マンション101				

〔必要添付書類〕
① 介護支援専門員等意見書（様式2）　② 認定調査票（基本調査）（写）
③ 直近3ヵ月分のサービス利用票（写）及び別表（写）

申込代理者(申込者が本人でない場合は、下の欄も記入してください。)

氏名	兵庫　一郎	入居申込者との続柄	夫
住所	〒　　－ 現住所と同じ。　　電話番号　(　　)		

上記入居申込者について、この入居申込書により入居を希望いたします。
なお、入居のための待機中に、貴施設以外の施設に入居が決定した場合、また要介護度や連絡先、介護の状況等について変更 がありました場合は、速やかに貴施設に連絡いたします。

時　期	(早急)・令和　年　月以降　　申込予定:(貴施設のみ)・他にも申込む　ヶ所(予定)
現　況	□ 1 自宅で一人で暮らしている。☑ 2 自宅で家族と暮らしている。　□ 3 老健等施設や病院に入っている。 ※「□3　老健等施設や病院に入っている。」に"✔"を入れた場合は下記についても記入してください。 ◇　施設名又は病院名: ◇　入所又は入院時期　:　年　月　日から入所・入院している。
入所希望理由(**要介護3～5の方は、右記の**該当項目を全て選んでください。)	□ 1　施設入所により安心した生活を送りたい □ 2　寝たきりなどにより、食事、排泄、入浴等日常生活全般に介助が必要 ☑ 3　認知症などにより常時の見守り、介護が必要 □ 4　施設や病院等から退所を求められているが、自宅での生活が困難 □ 5　介護者がいない、介護者が入院等で介護できない ☑ 6　介護者が、高齢、疾病、育児、就労、別居等のため、介護が困難 □ 7　利用したい在宅サービスが十分でない(夜間訪問介護など) □ 8　介護保険の限度額を超える等、経済的負担が大きい □ 9　住宅が介護に適さない(狭い、改修不可など) □10　住宅環境が在宅サービス利用に適さない(立地・地形上など) □11　その他の理由(具体的にお書き下さい) (　　)
特例入所該当理由(**要介護1又は要介護2の方は、右記の**該当項目を全て選んでください。)	□ 1　認知症・知的障害・精神障害等により常時の見守り・介護が必要 □ 2　介護者がなく、かつ、地域での介護サービスや生活支援が十分でない □ 3　介護者が、高齢、疾病、育児、就労、別居等のため介護が困難であり、かつ、地域での介護サ ービスや生活支援が十分でない

主たる介護者						
	ふりがな	ひょうご　いちろう	性別	本人との関係	生年月日	明・大・(昭)　3年　1月　1日
	氏　名	兵庫　一郎	(男)・女	夫	電話番号	0 7 8　(×××) ××××
	同居の区分	☑ 同居している　□ 別居している　(住所:　)				
	就労状況等	□就業中　□育児　☑高齢　□疾病　□その他(　)				
	意見	【介護をしている上で困っている事等】 息子夫婦が東京に住んでいるが、〇〇のため同居して介護をうけることができない。訪問介護サービスを受けているが、夜間は私が介護している。私自身も病気がちで、これ以上自宅で妻を介護することが困難になってきたので、施設で十分な介護を受けさせたい。				

同意書
・申込施設が担当の介護支援専門員や入居申込者の介護保険の保険者である市町(以下、保険者市町という。)から入居判定に 必要な入居申込者等の情報を受けることに同意します。
・入居申込者の入居判定や年1回県と保険者市町が合同で実施する特別養護老人ホーム入所申込状況調査や今後の保険者市町の施 策の参考とするため、この申込書及び介護支援専門員等意見書の内容を保険者市町に報告することに同意します。
令和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日　　氏名　兵　庫　　一　郎　　印

※１　「被保険者番号」「要介護度」「認定有効期間」：被保険者証の内容をご記入ください。

※２　「電話番号」：この入居申し込みに関し連絡を常にとることができる電話番号をご記入ください。

※３　必要添付書類の「 介護支援専門員等意見書（ 様式２ ）」 については、 入居申し込み時点で関わりのある介護支援専門員に作成していただいてください。
　なお、施設・病院に入居・入院されていて、介護支援専門員の関わりがない場合には、施設・病院の相談員や看護師等の専門職や地域包括支援センターの職員等に作成していただいてください。

※４　入居申込を本人ではなく家族等が行なう場合には、申込代理者の欄もご記入ください。

※５　「時期」：入居希望時期や申込予定施設の数をご記入ください。
※６　「現況」：該当するもの、いずれかひとつに"✔"を入れてください。

※７　施設や病院等に入居・入院中の場合は、施設名、ならびに入居・入院時期をご記入ください。

※８　「入居希望理由」：要介護3～5に該当する入居希望者について、該当するものに"✔"を入れてください。（複数でも可）

※９　「特例入居該当理由」：要介護1又は2に該当する入居希望者について、該当するものに"✔"を入れてください。（複数でも可）

※10　「主たる介護者」：主に介護をおこなっている方についてご記入ください。
また、同居、別居のいずれかに"✔"を入れてください。
施設や病院等に3ヶ月以上の長期にわたり入居・入院中の場合は、介護者の欄は空欄で結構です。
3ヶ月以内の入居・入院中の場合は、自宅に戻れば介護者がいるときには介護者をご記入ください。
自宅に戻っても介護者がいない場合には空欄にしてください。
養護老人ホームや軽費老人ホームの入居者は、介護者の記入は不要です。

※11　「意見」：家庭で介護を続けることが困難な事情等を具体的にご記入ください。

※12　「同意書」：入居申込者、あるいは申込代理者が同意してください。
（代筆の場合は、代筆者の氏名を併記してください。）

Ⅱ．特別養護老人ホーム やわらぎの里 全館共通　利用料金の説明書

ご入居される方の要介護度に応じた、介護サービス利用料金をご負担戴くことになります。
また、ご入居される方の所得に応じた、居住費および食費の負担が必要となります。その他、個人の日常生活に必要なものや、趣味・嗜好品のご購入に関しましては、ご希望に応じて別途実費負担が必要です。

【 介護サービス費利用者自己 1割 負担額 】 令和6年8月1日現在　（1日あたり）　単位:円

介護サービス費	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
	910	993	1,082	1,167	1,249

※個別機能訓練加算Ⅰ、看護体制加算Ⅰロ・Ⅱロ、夜勤職員配置加算Ⅱロ、日常生活継続支援加算、精神科医療養指導加算、介護職員等処遇改善加算Ⅰを適用した場合の自己負担額です。

【 利用者負担額の段階と負担額 】　（1日あたり）　単位:円

段階区分	適用範囲	居住費	食費
第1段階	○生活保護の受給者 ○老齢福祉年金受給者で世帯全員が市民税非課税	880	300
第2段階	○本人及び世帯全員が市民税非課税であって、本人の合計所得金額と課税年金収入と非課税年金収入が80万以下	880	390
第3段階①	○本人及び世帯全員が市民税非課税であって、本人の合計所得金額と課税年金収入と非課税年金収入が80万超120万以下	1,370	650
第3段階②	○本人及び世帯全員が市民税非課税であって、本人の合計所得金額と課税年金収入と非課税年金収入が120万以上	1,370	1,360
第4段階	○1・2・3段階以外の方	2,850	1,640

※配偶者に住民税が課税されている場合には負担軽減の対象外となります。
※預貯金等の金額が第2段階で単身650万円・夫婦1,650万円、第3段階①で単身550万円・夫婦1,550万円、第3段階②で単身500万円・夫婦1,500万円を超える場合は負担軽減の対象外となります。

例示:　【利用者負担の割合が 1割 負担の場合】※科学的介護推進体制加算Ⅱを含む　（30日あたり）　単位:円

		要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
第1段階	介護サービス費	27,329	29,831	32,511	35,049	37,515
		(15,000)	(15,000)	(15,000)	(15,000)	(15,000)
	居住費	26,400	26,400	26,400	26,400	26,400
	食費	9,000	9,000	9,000	9,000	9,000
	合計	¥62,729	¥65,231	¥67,911	¥70,449	¥72,915
		(¥50,400)	(¥50,400)	(¥50,400)	(¥50,400)	(¥50,400)
		要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
第2段階	介護サービス費	27,329	29,831	32,511	35,049	37,515
		(15,000)	(15,000)	(15,000)	(15,000)	(15,000)
	居住費	26,400	26,400	26,400	26,400	26,400
	食費	11,700	11,700	11,700	11,700	11,700
	合計	¥65,429	¥67,931	¥70,611	¥73,149	¥75,615
		(¥53,100)	(¥53,100)	(¥53,100)	(¥53,100)	(¥53,100)
		要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
第3段階①	介護サービス費	27,329	29,831	32,511	35,049	37,515
		(24,600)	(24,600)	(24,600)	(24,600)	(24,600)
	居住費	41,100	41,100	41,100	41,100	41,100
	食費	19,500	19,500	19,500	19,500	19,500
	合計	¥87,929	¥90,431	¥93,111	¥95,649	¥98,115
		(¥85,200)	(¥85,200)	(¥85,200)	(¥85,200)	(¥85,200)
		要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
第3段階②	介護サービス費	27,329	29,831	32,511	35,049	37,515
		(24,600)	(24,600)	(24,600)	(24,600)	(24,600)
	居住費	41,100	41,100	41,100	41,100	41,100
	食費	40,800	40,800	40,800	40,800	40,800
	合計	¥109,229	¥111,731	¥114,411	¥116,949	¥119,415
		(¥106,500)	(¥106,500)	(¥106,500)	(¥106,500)	(¥106,500)
		要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
第4段階	介護サービス費	27,329	29,831	32,511	35,049	37,515
	居住費	85,500	85,500	85,500	85,500	85,500
	食費	49,200	49,200	49,200	49,200	49,200
	合計	¥162,029	¥164,531	¥167,211	¥169,749	¥172,215

※上表()内の金額は、高額介護サービス費が適用された場合の金額です。上段記載金額を一旦お支払いになられたのち、各保険者から差額が返金されます。

【 介護サービス費利用者 2割 自己負担額 】 令和6年8月1日現在　　（1日あたり）　単位:円

介護サービス費	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
	1,819	1,986	2,163	2,333	2,498

※個別機能訓練加算Ⅰ、看護体制加算Ⅰロ・Ⅱロ、夜勤職員配置加算Ⅱロ、日常生活継続支援加算、精神科医療養指導加算、介護職員等処遇改善加算Ⅰを適用した場合の自己負担額です。

例示:　【利用者負担の割合が 2割 負担の場合】※科学的介護推進体制加算Ⅱを含む　（30日あたり）単位:円

		要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
第4段階	介護サービス費	54,658	59,661	65,022	70,097	75,029
		(44,400)	(44,400)	(44,400)	(44,400)	(44,400)
	居 住 費	85,500	85,500	85,500	85,500	85,500
	食 費	49,200	49,200	49,200	49,200	49,200
	合 計	¥189,358	¥194,361	¥199,722	¥204,797	¥209,729
		(¥179,100)	(¥179,100)	(¥179,100)	(¥179,100)	(¥179,100)

※上表()内の金額は、高額介護サービス費が適用された場合の金額です。上段記載金額を一旦お支払いになられたのち、各保険者から差額が返金されます。

【 介護サービス費利用者 3割 自己負担額 】 令和6年8月1日現在　　（1日あたり）　単位:円

介護サービス費	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
	2,728	2,979	3,245	3,499	3,747

※個別機能訓練加算Ⅰ、看護体制加算Ⅰロ・Ⅱロ、夜勤職員配置加算Ⅱロ、日常生活継続支援加算、精神科医療養指導加算、介護職員等処遇改善加算Ⅰを適用した場合の自己負担額です。

例示:　【利用者負担の割合が 3割 負担の場合】※科学的介護推進体制加算Ⅱを含む　（30日あたり）単位:円

		要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
第4段階	介護サービス費	81,987	89,492	97,533	105,145	112,544
		(44,400)	(44,400)	(44,400)	(44,400)	(44,400)
				(93,000)	(93,000)	(93,000)
	居 住 費	85,500	85,500	85,500	85,500	85,500
	食 費	49,200	49,200	49,200	49,200	49,200
	合 計	¥216,687	¥224,192	¥232,233	¥239,845	¥247,244
		(¥179,100)	(¥179,100)	(¥179,100)	(¥179,100)	(¥179,100)
				(¥227,700)	(¥227,700)	(¥227,700)

※上表()内の金額は、高額介護サービス費が適用された場合の金額です。また、色枠()内の金額は、高額介護サービス費の課税所得380万円以上690万円未満の方の負担上限額となります。上段記載金額を一旦お支払いになられたのち、各保険者から差額が返金されます。