

利用申込書をダウンロードされた方へ

特養いっぷくにお申込みの際に提出していただく申込書類は次の5種類です。

医療法人社団しただ 社会福祉法人しただ 利用申込書

情報用紙1, 情報用紙2

医療法人社団しただ、社会福祉法人しただの4施設共通の利用申込書です。

利用申込書の「利用希望施設および利用希望サービス」の欄で、利用を希望されるサービス内容に丸印をお付けください。

特別養護老人ホームいっぷく利用申込書（別紙1）

入居の優先順位を決定するために、情報収集いたします。また特例入居対象となる場合は、市町村に意見を求めます。それらの同意をいただくものです。

特別養護老人ホームいっぷく利用申込書（別紙2）介護支援専門員意見書

※両面印刷で2枚一組（4ページ）です。

担当のケアマネージャーさんに記入していただくものです。

入院中や施設に入所中の場合は、ケースワーカーさんや相談員さんに記入していただいでください。

老健いっぷく、いっぷく2番館、かもしか病院に併せてお申し込みの場合は、更に必要となる書類がございますので、ご連絡いただけましたら幸いです。

お申し込みは郵送でも構いませんが、詳しくお話をお伺いしたいと存じますので、直接当施設までお越しいただければ幸いです。その際には、事前に相談日程をご相談いただけますようお願い致します。

ご不明な点がございましたら、下記までお問い合わせください。

社会福祉法人しただ
特別養護老人ホーム いっぷく
〒955-0131 新潟県三条市庭月630番地4
TEL:0256-41-3322
受付時間：平日 8:30～17:30
生活相談員 阿部 玲子

**医療法人社団しただ 社会福祉法人しただ
利用申込書**

申込日： 年 月 日

利用希望施設 および 利用希望サービス	老健いっぷく	長期入所 ・ 短期入所 ・ 通所リハビリ		
	老健いっぷく2番館	長期入所 ・ 短期入所 ・ 通所リハビリ		
	かもしか病院 医療病棟	長期入院 ・ 短期入院		
	かもしか病院 介護医療院	長期入院 ・ 短期入院		
	特養いっぷく	長期入居 ・ 短期入所		
利用希望者	ふりがな 氏名	性別 男・女	大・昭・平 年 月 日生（ 歳）	
	現住所		電話番号	
申込者	ふりがな 氏名	続柄	自宅 電話番号	
	住所		携帯番号 勤務先	
緊急連絡先	① ふりがな 氏名	続柄	自宅 電話番号	優先順位
			住所	携帯番号 勤務先
	② ふりがな 氏名	続柄	自宅 電話番号	優先順位
			住所	携帯番号 勤務先
現在の状況	1.自宅 2.病院（ 病院 年 月 日入院中） 3.施設（施設名 年 月 日より入所中） 4.その他			
介護保険	要介護度	1.要支援（1 2） 2.要介護（1 2 3 4 5） 3.申請中（新規 更新 変更） 4.なし		
	被保険者番号	保険者	居宅支援事業所	
	認定有効期間	認定日：	負担割合	割 担当ケアマネージャー 様
	介護保険負担限度額認定証	無 ・ 有（第 段階）		電話番号
健康保険	1.後期高齢者医療 2.政管 3.国保 4.組合 5.共済 6.生保			
	記号	番号		
	受給者証の有無（ 県障、特定疾患医療、その他 ） 医療限度額適用・標準負担額減額認定証 無 ・ 有（区分 ）			
身障手帳	1.無 2.有（第 種 級）障害名 3.申請中（ 年 月申請）			
年金	1.老齢年金（国・厚） 2.障害年金（国・厚） 3.遺族年金 4.その他 年金約 円／月額（差し支えない範囲で結構です）			
利用理由	1.同居者有も介護困難 2.独居である 3.医療・介護の専門性 4.住宅事情 5.その他			
利用者及び介護の状況				
入所時期の希望	1.今すぐ利用したい 2. 年 月頃利用したい 3.期間限定（例：農繁期のみ等）			
他施設等の申込み状況	特別養護老人ホーム			
	老人保健施設			
	病院・その他			

※ご記入いただいた個人情報は、入所（院）検討の目的のみに使用いたします。入所検討の為に他医療機関等から情報を収集すること、または、法人内施設において情報提供すること（複数施設お申込の場合）について予めご承知おき下さい。

【ご利用希望者の状況についてお聞かせ下さい】

出身地	職歴	最終学歴
性 格	趣味	喫煙歴
	宗教	飲酒歴
生活歴 (現在に至る経過)		
既往歴		
現病名		
ご希望		
必要な医療行為 (喀痰吸引 酸素療法 気管切開 経管栄養 処置 インシュリン注射等)		
現在の 受診状況	医療機関	特記事項及び内服情報
	診療科	
	主治医	
	受診頻度	
	薬の有無	
現在利用しているサービス等		

【ご家族の状況についてお聞かせ下さい】

家族状況	氏名	年齢	続柄	勤務先	同居・別居	連絡先
					同居・別居	
					同居・別居	
					同居・別居	
					同居・別居	
					同居・別居	
主介護者	氏名	家族構成図				
	続柄					
ご希望						
家屋状況	持ち家 貸し家 アパート					
本人居室	1階・()階(畳・床)			風呂		
寝具	布団 ベッド			介護用品	車椅子 エアーマット 杖 装具 吸引器	
トイレ	和式 洋式 両用式				ポータブルトイレ その他	

情報用紙 2

利用希望者氏名

【日常生活の状況・心身の状態】

年 月 日 記入

食	栄養補給方法	1.経口摂取 2.経管栄養 3.その他 ()			
	食 事 内 容	主食	ご飯	全粥	その他
		副食	常菜	軟菜	刻み 極刻み ミキサー
		経管栄養	合計	kcal 水分量	
		治療食	食	kcal	塩分 g 蛋白 g
	摂 取 状 況	1.良好 (8割以上) 2.やや良 (7割程度) 3.不良			
		今までの1日の摂取量 kcal 塩分 g 蛋白 g			
	摂 取 方 法	1.自立 2.一部介助 3.全介助 使用物品 (箸 スプーン フォーク エプロン)			
	嚥 下 状 況	1.問題なし 2.むせる 3.ときどきむせる 4.よくむせる 5.嚥下不可			
	禁 止 食 品	アレルギー			
食 事 習 慣	好き嫌い等				
自 助 食 器	無・有 義 歯 無・有 (上 下)				
寝 返 り	1.自立 2.一部介助 3.全介助				
起 き 上 が り	1.自立 2.一部介助 3.全介助				
座 位 保 持	1.自立 2.一部介助 3.全介助				
立 ち 上 が り	1.自立 2.一部介助 3.全介助				
移 動	1.自立 (独歩 杖 歩行器) 2.車椅子 (自操 介助) 3.不可				
移 乗	1.自立 2.一部介助 3.全介助				
排 泄	日 中	1.自立 2.一部介助 3.全介助	誘 導	要 不要	
		トイレ Pトイレ 尿器 Ba挿入	下着 オムツ 紙パンツ パット		
	夜 間	1.自立 2.一部介助 3.全介助	誘 導	要 不要	
		トイレ Pトイレ 尿器 Ba挿入	下着 オムツ 紙パンツ パット		
着 脱	1.自立 2.一部介助 3.全介助				
入 浴	1.自立 2.一部介助 3.全介助 一般浴 家庭浴 機械浴				
睡 眠	1.良 2.不良 (睡眠薬: 無・有)				
麻 痺	1.無 2.有 (右上肢 左上肢 右下肢 左下肢 その他)				
拘 縮	1.無 2.有 (部位)				
視 力	1.正常 2.だいたい見える 3.ほとんど見えない 4.見えない				
聴 力	1.正常 2.だいたい聞こえる 3.大きな声であれば聞こえる 4.聞こえない				
言 語	1.正常 2.だいたい聞き取れる 3.ほとんど聞き取れない 4.聞き取れない				
コミュニケーション	1.良 2.不良 方法 ()				
認知症による問題行動	無・有 内容				
日常生活自立度	自立	J 1 J 2	A 1 A 2 B 1 B 2 C 1 C 2		
認知障害度	正常	I II a II b	III a III b IV M		
皮 膚 状 態	褥 瘡	無・有 (部位 治療)			
	疾 患	無・有 (部位 治療)			
身 長	cm		体 重 kg		
特 記 事 項					

申込日	年	月	日
-----	---	---	---

申込者（連絡先）

住 所	
ふりがな 氏 名	
電話番号	

説明確認及び情報収集にかかる同意

私は、貴施設への申込みに際し、入居申込みから入居契約までの手続き及び入居順位の決定方法について、施設から説明を受けました。

なお、貴施設が入居順位決定のため必要な範囲内において、わたし(利用希望者及びその家族等)に関する情報を、市町村、担当地域包括支援センター、居宅介護支援事業者、他の介護保険施設及び医療機関から収集することに同意いたします。

また、特例入居対象者(要介護1又は要介護2)として申込み場合は、貴施設から市町村に、本利用申込みに係る情報を提供し、その意見を求めることに同意します。

年 月 日

利用希望者 _____ (印)

利用希望者家族 _____ (印)

<p>特例入居の要件への該当に関する考え</p> <p>(要介護1又は要介護2の方が利用を申し込む場合に記入してください)</p>	<p><u>要介護1又は2</u>であって、特例入居が必要なやむを得ない事情により、次のアに該当し、かつ、イ若しくはウに該当している、又はエに該当している。</p> <p><input type="checkbox"/> ア 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、地域で介護サービスや生活支援の供給が十分でないと認められることにより、在宅生活が困難な状態である場合</p> <p><input type="checkbox"/> イ 認知症であることにより、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場合</p> <p><input type="checkbox"/> ウ 知的障がい・精神障がい等であることにより、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場合</p> <p><input type="checkbox"/> エ 家族等による深刻な虐待が疑われる等により、心身の安全・安心の確保が困難な状態である場合</p> <p>上記要件の具体的な理由（裏面や別紙に記載しても構いません）</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
---	---

留意事項

利用申込書に記載した事項に変更があった場合や、利用希望者が死亡した場合、あるいは他の特別養護老人ホームに入居した場合は必ず当施設に連絡をしてください。

連絡先 特別養護老人ホームいっぷく
 〒955-0131 三条市庭月630番地4
 電話 0256-41-3322 FAX 0256-47-2382
 担当者名 生活相談員 阿部 玲子

記入日 年 月 日

利用希望者氏名 様

1. ご本人の状況

※要介護1・2の方は「5. 特例入居要件への該当」の記入も必要です

要 介 護 度	要介護 5	要介護 4	要介護 3	要介護 2 (※)	要介護 1 (※)
認知症による不適応行動	毎日見られる	週1~2回以上	月1~2回程度	なし	夜間に出現

(要介護認定有効期間： 年 月 日 ~ 年 月 日)

2. 在宅サービスの利用頻度

在宅サービス利用限度額割合	限度額超過あり	60%以上	50%以上	30%以上	30%未満

サービス利用区分	サービス利用機関名	利用状況
訪問介護		回/週
訪問看護		回/週
通所介護		回/週
通所リハビリ		回/週
短期入所		日/月
小規模多機能		
定期巡回		
その他		

3. 主たる介護者・家族等の状況

1 世帯の状況	独居世帯	高齢者のみの世帯	日中独居または日中高齢者のみ	その他()
2 主たる介護者の生年月日・続柄	年 月 日生 歳 (続柄:)			
3 介護者の障がい・疾病	なし	あり()		
		介護は困難・多少は介護可能・介護可能		
4 介護者の就労	なし	あり(職種等:)		
		勤務状態(日/週、 時間/日)		
		勤務形態(日中のみ・不規則勤務・夜勤あり・その他)		
5 介護者の育児担当 家族の看病	なし	あり()		
		常時・半日程度・一時的		
6 他の同居介護者	なし	あり(続柄: 日/週程度)		
		常時・随時・時々		
7 別居血縁者の介護協力	なし	あり(続柄: 日/週程度)		
		常時・随時・時々		

4. 入居に対する介護支援専門員からの意見等

5. 特例入居要件への該当（要介護1または2の方）

(1) 該当する項目に○印を記入してください。

ア	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、地域で介護サービスや生活支援の供給が十分でない認められることにより、在宅生活が困難な状態である場合
イ	認知症であることにより、日常生活に支障をきたすような症状・行動や、意思の疎通の困難さが頻繁にみられる場合
ウ	知的障がい・精神障がい等であることにより、日常生活に支障をきたすような症状・行動や、意思の疎通の困難さ等が頻繁にみられる場合
エ	家族等による深刻な虐待が疑われる等により、心身の安全・安心の確保が困難な状態である場合

※特例入居要件

- ・アに該当し、かつ、イもしくはウに該当する場合
- ・エに該当する場合

(2) 世帯、サービス・生活支援等の状況（アに該当する場合）

家族等による支援が期待できずかつ、地域で介護サービスや生活支援の供給が十分でない認められることにより、在宅生活が困難な状況	
---	--

(3) 認知症の状況（イに該当する場合）

認知症高齢者の日常生活自立度（※）	IIIa ・ IIIb ・ IV ・ M （該当に○をつけてください）
日常生活に支障をきたすような症状・行動や、意思の疎通の困難さの状況	

※「認知症高齢者の日常生活自立度」は、直近の要介護認定における認定調査票に記載の判定とします。ただし、調査以降に心身状態が急変した等の場合は、主治医による診断書、意見書等による判定とし、資料を添付してください。

(4) 知的障がい・精神障がい等の状況（ウに該当する場合）

知的障がい・精神障がい等の内容	
日常生活に支障をきたすような症状・行動や、意思の疎通の困難さの状況	

(5) 虐待等の状況（エに該当する場合）

虐待により、心身の安全・安心の確保が困難である状況	
---------------------------	--

※状況については、できる限り詳しく記載してください。別紙に記載したものを添付しても構いません。

記入者（介護支援専門員等）

介護支援事業所等			
担当者名		電話番号	()

【記入上の留意事項】

1. 「1-1.認知症による不適応行動」

認定調査における行動に関連する項目のうち、

「夜間不眠や昼夜が逆転している」、「一人で外に出たがり目が離せない」、「火の不始末や火元の管理ができない」、「弄便行為等の不潔行為がある」、「異食行為がある」

に関する項目に、「ある」または「時々ある」が一つ以上ある場合に、該当する欄に○印をつけてください。

2. 「2.在宅サービスの利用頻度」

サービス利用表別表に基づく支給限度基準額に対する、サービス利用額の割合を言います。

計算方法は、

(サービス利用単位数/区分支給限度基準額単位数×100) とします。

算定の期間については、概ね3ヶ月を基準とし、平均利用割合により判断してください。

算定の対象となるサービスは、次のとおりとします。

訪問介護、訪問入浴介護、訪問看護、訪問リハビリテーション、通所介護、通所リハビリテーション、短期入所生活介護、短期入所療養介護、福祉用具貸与、夜間対応型訪問介護、認知症対応型通所介護、小規模多機能型居宅介護、定期巡回・随時対応型訪問介護看護、看護小規模多機能型居宅介護（複合型サービス）

3. 「3-3.介護者の障害・疾病」

介護者の障がい、疾病が「ある」場合、

「介護は困難」……介護者が障がいや疾病のため、要介護者の排泄、入浴、移動、着替え、食事などのADL全般の援助・介護が困難な場合。

「多少介護は可能」…介護者が障がいや疾病のため、概ね2つ程度のADL援助・介護ならできる場合。

「介護は可能」……介護者に障がいや疾病はあるが、ADL全般の援助・介護が可能な場合。

を目安として判断してください。

4. 「3-6.他の同居介護者」「3-7.別居血縁者の介護協力」

主介護者のほかに介護協力者がいる場合、

「常時」…いつでも主介護者に代わって、援助・介護ができる場合。または、援助・介護を分担して担当している場合。

「随時」…必要に応じて主介護者の補助や、援助・介護の一部を担当している場合。

「時々」…協力を得られても、不定期であったり、主介護者に代わることは不可能であったりする場合。

を目安として判断してください。

5. 「4.入所に対する介護支援専門員からの意見等」

要介護者に対する虐待や、在宅での介護が困難な理由など、緊急性を要する要因等について記入してください。

6. 医療機関や入所施設等に、現在入院（入所）している場合

原則として、退院または退所後に予想される状況で判断してください。その場合、在宅サービスの利用頻度は、利用予定のサービス頻度で計算してください。

利用料金表

(入所利用料金)

2024年4月改定

第1段階

(生活保護受給者等)

単位:円

1日当たり										1ヶ月当たり	
施設サービス費	日常生活継続支援加算	夜勤職員配置加算(IV)	看護体制加算(I)	看護体制加算(II)	精神科医療養指導加算	個別機能訓練加算	食費	居住費	合計	合計※	
要介護1	670	46	21	4	8	5	12	300	820	1,886円	56,750円
要介護2	740									1,956円	58,850円
要介護3	815									2,031円	61,100円
要介護4	886									2,102円	63,230円
要介護5	955									2,171円	65,300円

第2段階

(市民税本人・世帯非課税で年金80万円以下の方)

1日当たり										1ヶ月当たり	
施設サービス費	日常生活継続支援加算	夜勤職員配置加算(IV)	看護体制加算(I)	看護体制加算(II)	精神科医療養指導加算	個別機能訓練加算	食費	居住費	合計	合計※	
要介護1	670	46	21	4	8	5	12	390	820	1,976円	59,450円
要介護2	740									2,046円	61,550円
要介護3	815									2,121円	63,800円
要介護4	886									2,192円	65,930円
要介護5	955									2,261円	68,000円

第3段階①

(市民税本人・世帯非課税で年金等80万円以上120万円未満の方)

1日当たり										1ヶ月当たり	
施設サービス費	日常生活継続支援加算	夜勤職員配置加算(IV)	看護体制加算(I)	看護体制加算(II)	精神科医療養指導加算	個別機能訓練加算	食費	居住費	合計	合計※	
要介護1	670	46	21	4	8	5	12	650	1,310	2,726円	81,950円
要介護2	740									2,796円	84,050円
要介護3	815									2,871円	86,300円
要介護4	886									2,942円	88,430円
要介護5	955									3,011円	90,500円

第3段階②

(市民税本人・世帯非課税で年金等120万円以上の方)

1日当たり										1ヶ月当たり	
施設サービス費	日常生活継続支援加算	夜勤職員配置加算(IV)	看護体制加算(I)	看護体制加算(II)	精神科医療養指導加算	個別機能訓練加算	食費	居住費	合計	合計※	
要介護1	670	46	21	4	8	5	12	1,360	1,310	3,436円	103,250円
要介護2	740									3,506円	105,350円
要介護3	815									3,581円	107,600円
要介護4	886									3,652円	109,730円
要介護5	955									3,721円	111,800円

第4段階

(市民税本人又は世帯課税の方・補足給付なし)

1日当たり										1ヶ月当たり	
施設サービス費	日常生活継続支援加算	夜勤職員配置加算(IV)	看護体制加算(I)	看護体制加算(II)	精神科医療養指導加算	個別機能訓練加算	食費	居住費	合計	合計※	
要介護1	670	46	21	4	8	5	12	1,445	2,006	4,217円	126,680円
要介護2	740									4,287円	128,780円
要介護3	815									4,362円	131,030円
要介護4	886									4,433円	133,160円
要介護5	955									4,502円	135,230円

* 個別機能訓練加算(II)20単位、科学的介護推進体制加算(II)50単位、協力医療機関連携加算100単位を含む

介護職員処遇改善加算(I)	施設サービス費と各加算の合計の8.3%	2024年5月31日まで
介護職員等特定処遇改善加算(I)	施設サービス費と各加算の合計の2.7%	
介護職員等ベースアップ等支援加算	施設サービス費と各加算の合計の1.6%	
介護職員等処遇改善加算(I)	施設サービス費と各加算の合計の14%	

* 上記の料金表のうち、施設サービス費、加算料金については実際にお支払い頂く1割負担の金額を表示しております。介護保険負担割合証に記載された割合でのご負担となります。その他加算、別途料金については、裏面をご参照ください。

* 食費・居住費につきましては、介護保険負担限度額認定証の発行を受けている方は、その認定証に記載された金額(1日当たり)のご負担となります。上記に記載の要件以外にも、預貯金の額や配偶者の課税状況などの要件があります。

* その他、ご利用者等からのご希望・依頼により購入する日常生活品、行事参加等に係る自己負担費用などは実費を頂きます。

利用料金表(入所利用料金)

【その他加算】必要に応じて加算されます。

単位:円

項目	料金	
初期加算(入所から30日以内)	1日 30	
安全対策体制加算(入居時1回を限度)	20	
外泊時費用	1日 246	
外泊時在宅サービス利用の費用	1日 560	
特別通院送迎加算	1月 594	
協力医療機関連携加算(2025年3月31日まで)	1月 100	
協力医療機関連携加算(2025年4月1日以降)	1月 50	
協力医療機関連携加算(要件以外の場合)	1月 5	
高齢者施設等感染対策向上加算(II)	1月 10	
高齢者施設等感染対策向上加算(I)	1月 5	
新興感染症等施設療養費	1日 240	
療養食加算	1食 6	
看取り介護加算(I)	(死亡日以前31~45日)	1日 72
	(死亡日以前4~30日)	1日 144
	(死亡日以前2・3日)	1日 680
	(死亡日)	1日 1,280
夜勤職員配置加算(II)	1日 18	
科学的介護推進体制加算(I)	1月 40	
排せつ支援加算(I)	1月 10	
排せつ支援加算(II)	1月 15	
排せつ支援加算(III)	1月 20	
褥瘡マネジメント加算(I)	1月 3	
褥瘡マネジメント加算(II)	1月 13	
個別機能訓練加算(III)	1月 20	
ADL維持等加算(I)	1月 30	
ADL維持等加算(II)	1月 60	
自立支援促進加算	1月 280	
生産性向上推進体制加算(I)	1月 100	
生産性向上推進体制加算(II)	1月 10	

項目	料金
栄養マネジメント強化加算	1日 11
口腔衛生管理加算(I)	1月 90
口腔衛生管理加算(II)	1月 110
経口移行加算	1日 28
経口維持加算(I)	1月 400
経口維持加算(II)	1月 100
生活機能向上連携加算(I)	1月 100
生活機能向上連携加算(II)	1月 200
若年性認知症入所者受入加算	1日 120
認知症専門ケア加算(I)	1日 3
認知症専門ケア加算(II)	1日 4
認知症行動・心理症状緊急対応加算	1日 200
認知症チームケア推進加算(I)	1月 150
認知症チームケア推進加算(II)	1月 120
常勤医師配置加算	1日 25
配置医師緊急時対応加算 (配置医師の通常の勤務時間外の場合/早朝・夜間及び深夜を除く)	1回 325
配置医師緊急時対応加算(早朝・夜間)	1回 650
配置医師緊急時対応加算(深夜)	1回 1,300
再入所時栄養連携加算	1回 200
退所前訪問相談援助加算	1回 460
退所後訪問相談援助加算	1回 460
退所時相談援助加算	1回 400
退所前連携加算	1回 500
退所時情報提供加算	1回 250
退所時栄養情報連携加算	1回 70
サービス提供体制強化加算(I)	1日 22
サービス提供体制強化加算(II)	1日 18
サービス提供体制強化加算(III)	1日 6

*実際にお支払い頂く1割負担の金額を表示しております。

*2割負担、3割負担の場合は、2または3を乗じた金額となります。

【その他の料金】

別 途 料 金	
嗜好飲料費	1日 100円
調髪料	実費(別紙料金表による)
電気製品使用料	1日 1点につき70円
予防接種	実費
エンゼルケア料(死後処置代)	10,000円(お寝巻代別途)