

ナーシングホームはるかぜ入居申込書

整理番号

受付日 令和 年 月 日

※太枠内を記入

申込者（連絡先）

申込日 令和 年 月 日

〒：	—
住所：	
フリガナ：	
氏名：	印 続柄（ ）
電話：	（ ） 携帯：

希望施設（□にチェック）
<input type="checkbox"/> ユニット型
<input type="checkbox"/> 地域密着型（別府市住民、被保険者が対象）

※郵送物などはこの連絡先にお送りさせていただきます。

入居希望者の状況	フリガナ			介護保険保険者	別府市・大分市・他（ ）				
	氏名	印	被保険者番号						
			要介護度		※特例入所（1・2）・3・4・5				
	生年月日	明・大・昭	年	月	日	要介護	H・R 年 月 日から		
	性別（男・女）	年齢（ ）歳	認定有効期間		令和 年 月 日まで				
	現住所：				電話：（ ）				
	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"/> 福祉施設や病院等に入っている 「福祉施設や病院等に入っている方」は下段に記入して下さい。 ◇施設名又は病院名： ◇所在地（県市町村名のみ） ◇入居又は入院時期： H・R 年 月から入居・入院している							
		入居、特例入居を希望する理由（複数回答）	<input type="checkbox"/> 独居世帯のため介護する者がいない。 <input type="checkbox"/> 老夫婦のみの世帯のため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"/> 施設や病院等から退所・退院を求められているが、自宅での介護が困難なため。 ※ 退所・退院については施設・病院職員の書面による意見が付さなければ考慮されません。（2枚目の入居調査票意見欄に明記が必要） <input type="checkbox"/> その他（ ） ※特例入居対象者 <input type="checkbox"/> 認知症、知的、精神障害等 <input type="checkbox"/> 深刻な虐待等 <input type="checkbox"/> 単身世帯等						
	入居希望時期	<input type="checkbox"/> 令和 年 月頃までに入居したい <input type="checkbox"/> その他（ ）							
	医療の状況	<input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> カテーテル <input type="checkbox"/> ストーマ <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> インシュリン注射（日 回） <input type="checkbox"/> 人工透析（週 回） <input type="checkbox"/> 吸引の必要性（日・週・月 回：夜間 回） <input type="checkbox"/> その他（ ） ※日常的な熱発、吸引、早朝・夜間のインシュリン注射、気管切開、定期の専門医受診、認知症や精神障害による暴行・暴言・奇声等の行為のある方、その他一般状態の安定していない方等の受け入れには対応できない場合がございます。必ず申し込み前にご確認ください。							
既往歴及び現在の病気									
現在の主治医		病院名：	主治医：		電話：				
主介護者	フリガナ			性別	続柄				
	氏名			男・女	生年月日	明・大・昭 年 月 日 歳			
	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：		主介護者の就労の有無		（有・無）			
	介護状況、特例入所希望の理由等								

「入居調査票」・「居宅サービス利用中の方はサービス利用表及び別表（写し）」・「介護保険被保険者証（写し）」を必ず添付してください。詳細は担当の介護支援専門員等にご相談ください。

入居調査票

整理番号

※担当介護支援専門員等（ソーシャルワーカー、看護師、介護員等）に記入していただく項目です。

対象者 氏名		被保険者 番号							
担当 介護 支援 専門 員 欄	担当介護支援専門員等		居宅介護支援事業所、施設・病院名等	連絡先電話番号		介護保険負担限度額認定証をお持ちの方			
	氏名：					所得段階 1・2・3・4（減額無し）			
	要介護度		介護者の有無		居宅サービス利用率（在宅生活の方のみ）				
	(1・2)・3・4・5		独居・老夫婦・介護者有		平均約 %				
	意見欄：（施設及び病院の方は退所・退院の必要性の記入及び特例入所希望の場合はその理由）								

※「介護保険被保険者証（写）」・居宅サービス利用中の方は直近の「サービス利用表及び別表（写）」を必ず添付してください。
 ※居宅サービス利用率の算出方式は、サービス利用票別表に基づく支給限度基準額とサービス利用額の単位の割合により算出してください。【サービス利用額の単位÷支給限度基準額の単位×100 小数点以下四捨五入】
 ※意見欄には調査項目には直接反映されにくい個別の事情や、特に考慮する必要があると思われる事をご記入ください。又、特例入所希望（要介護1と2）の場合はその理由を記入してください。

対象者の心身の状況（介護支援専門員、ソーシャルワーカー、看護師等に記入していただく項目）					
※記入時に把握できている内容で結構です。					
歩行	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 歩行器等	<input type="checkbox"/> 車椅子自立	<input type="checkbox"/> 車椅子介助	<input type="checkbox"/> 座位保持困難
移乗・移行	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	<input type="checkbox"/> その他（ ）
食事	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	<input type="checkbox"/> 経鼻 <input type="checkbox"/> 胃瘻
食事形態	<input type="checkbox"/> 普通食 <input type="checkbox"/> お粥 <input type="checkbox"/> 刻み <input type="checkbox"/> ミキサー <input type="checkbox"/> その他（ ）				
排泄日中	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 声かけ	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	<input type="checkbox"/> Pトイレ使用 <input type="checkbox"/> オムツ使用
排泄夜間	<input type="checkbox"/> 上記と同様 <input type="checkbox"/> オムツ使用 <input type="checkbox"/> その他（ ）				
入浴	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	<input type="checkbox"/> 一般浴	<input type="checkbox"/> リフト浴 <input type="checkbox"/> 機械浴
入浴回数	週 回 <input type="checkbox"/> その他（ ）				
認知症状	<input type="checkbox"/> 認知症無し <input type="checkbox"/> 軽度 <input type="checkbox"/> 中度 <input type="checkbox"/> 重度 <input type="checkbox"/> 判断不能				
特記					
既往歴及び治療中の病気					
医療の状況	<input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> カテーテル <input type="checkbox"/> ストーマ <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> インシュリン注射（日 回） <input type="checkbox"/> 人工透析（週 回） <input type="checkbox"/> 吸引の必要性（日・週・月 回：夜間 回） <input type="checkbox"/> その他（ ） ※日常的な熱発、吸引、早朝・夜間のインシュリン注射、気管切開、定期の専門医受診、認知症や精神障害による暴行・暴言・奇声等の行為のある方、その他一般状態の安定していない方等の受け入れには対応できない場合がございます。必ず申し込み前にご確認ください。				
その他					

ご協力ありがとうございました

ナーシングホームはるかぜ入居受入基準・入居順位・料金等について

- ◇受入基準：
- ① 要介護度が原則3～5の方（原則事前の要介護認定が必要です。）
 - ② 在宅生活者の中で特に常時の介護が必要であり、介護者の負担が大きい方。
 - ③ 医療機関や老人保健施設等に入院中の方で、病状が安定しているにもかかわらず在宅での生活が困難なため退院できない方。
 - ④ 地域密着型施設については、別府市の住民票及び被保険者の方が対象となります。

※ 以上の条件に該当した方が、受け入れの対象者となります。
特に病状が不安定な方や、認知症による問題行動が著しく重度の方に
関しては、受け入れをお断りする場合がございます。

- ◇入居順位： 入居順位を「要介護度」「介護者の有無」「居宅サービス利用率」「特別な事由」などの総合的な申込者の状態を勘案して順位を決定し、より介護が必要な方から入居できるようにいたします。

入居順位例) 要介護度5、老夫婦世帯、在宅サービス利用率100%・・・100点
要介護度4、介護者無し、在宅サービス利用率 60%・・・ 95点
要介護度4、介護者有り、医療機関等に入院中の方・・・ 85点

※ 以上の例のように同じ要介護度4の方でも、在宅生活者世帯の方が順位上位となります。入居順位は定期的に見直しが行われるため、点数上位の申込者が順位を繰り上げることになり、特に要介護度の低い方（軽度で緊急性が低い方等）は、順位が下がることとなります。
また、行政からの緊急措置や社会的に著しく緊急性の高いと認められる方については、入居順位を早くする場合があります。

- ◇利用料金： 施設利用料金は「1割又は2～3割負担」「食費」「居住費」の合計金額となります。
例)「要介護5」「1割」の方の1ヶ月の施設利用料金（ユニット型30日利用で計算、減免なし）

$32,750\text{円 (1割負担)} + 43,350\text{円 (食費)} + 60,180\text{円 (居住費)} = \text{合計 } 136,280\text{円}$

- ・その他・・・医療費、散髪代、おやつ代、衣類代等の日常生活に必要なものは実費負担。
- ・入居者本人の属する世帯の課税・資産状況等や収入に応じて減額制度が適用される場合があります。
- ・特に低所得の方については、社会福祉法人の減免制度が適用される場合があります。

- ◇特例入所： 要介護1と2の方については、申込時に特例入所希望の理由として、居宅において日常生活を営むことが困難なやむを得ない事由についての記入が必要です。
特例入所の要件は、「認知症」「知的障害・精神障害」「深刻な虐待」「単身世帯」等で日常生活に支障をきたし、心身の安全・安心の確保が困難である等です。

【提出書類について】

◇入居申込書

- ・必ず本人かご家族（法定代理人等）が記入（要捺印）
特例入所（要介護1と2の方は希望理由を記入）
- ※福祉・医療関係職員の代筆はご遠慮ください。

◇入居調査票

- ・担当介護支援専門員
- ・福祉施設 生活相談員等
- ・病院 ソーシャルワーカー、看護師等

※ 特に退所・退院を求められているかどうかの判断及び、特例入所（要介護1と2の方）の理由の記載については、必ず上記の方の書面による証明が必要です。証明がない時には点数として加算されませんので、特にご注意ください。

◇介護保険証の写し 及び 負担割合証の写し

◇介護保険負担限度額認定証の写し

（お持ちの場合のみ）

◇サービス利用表及び別表の写し（直近1ヶ月分）

- ※ 居宅サービスを受けていない方は提出不要です。
- ※ 施設への申し込みについてのお問い合わせは、下記の窓口にて承ります。
利用契約及び利用料金の説明や施設見学などご希望の方は、お気軽にご連絡ください。
- ※ 入居申込書等及び入居後の個人情報の保護については、情報の管理を徹底し第三者に漏洩しないように取り扱います。

【施設への問合せ、申込書等郵送先】

別府市鶴見町8組5

ナーシングホームはるかぜ

電話：0977-25-7371

（平日 AM10:00～PM4:00）

FAX：0977-22-6202

担当：生活相談員

▼ナーシングホームはるかぜ（ユニット型）利用料金表

利用料金は、ご契約者の「利用負担割合」・「要介護度」・「所得段階」に応じて異なります。

「利用負担割合」「要介護度」「所得段階」の決定は市役所が行います。所得段階は申し込み世帯の課税状況や所得、資産状況などにより市役所が審査を行います。詳細は市役所にお問い合わせ下さい。

（問合せ先：市役所 介護保険課）

※介護サービス費の1割負担の中には、日常生活継続支援加算、夜勤職員配置加算、看護体制加算、処遇改善加算が含まれています。

【日常生活継続支援加算、夜勤職員配置加算、看護体制加算、処遇改善加算は体制加算】

令和3年8月1日

▼所得段階①の方		※目安：世帯全員が住民税非課税で高齢福祉年金受給者及び生活保護受給者の方			1ヵ月利用料（実費除く）
要介護1	介護サービス費1割負担	23,750円（30日）	+ 食費 9,000円（30日）	+ 居住費 24,600円（30日）	= 57,350円
要介護2	介護サービス費1割負担	25,960円（30日）	+ 食費 9,000円（30日）	+ 居住費 24,600円（30日）	= 59,560円
要介護3	介護サービス費1割負担	28,331円（30日）	+ 食費 9,000円（30日）	+ 居住費 24,600円（30日）	= 61,931円
要介護4	介護サービス費1割負担	30,573円（30日）	+ 食費 9,000円（30日）	+ 居住費 24,600円（30日）	= 64,173円
要介護5	介護サービス費1割負担	32,750円（30日）	+ 食費 9,000円（30日）	+ 居住費 24,600円（30日）	= 66,350円

▼所得段階②の方		※目安：世帯全員が住民税非課税で年金収入と合計所得金額合計が80万円以下で預貯金等が650万円以下の方			1ヵ月利用料（実費除く）
要介護1	介護サービス費1割負担	23,750円（30日）	+ 食費 11,700円（30日）	+ 居住費 24,600円（30日）	= 60,050円
要介護2	介護サービス費1割負担	25,960円（30日）	+ 食費 11,700円（30日）	+ 居住費 24,600円（30日）	= 62,260円
要介護3	介護サービス費1割負担	28,331円（30日）	+ 食費 11,700円（30日）	+ 居住費 24,600円（30日）	= 64,631円
要介護4	介護サービス費1割負担	30,573円（30日）	+ 食費 11,700円（30日）	+ 居住費 24,600円（30日）	= 66,873円
要介護5	介護サービス費1割負担	32,750円（30日）	+ 食費 11,700円（30日）	+ 居住費 24,600円（30日）	= 69,050円

▼所得段階③ 1の方		※目安：世帯全員が住民税非課税で年金収入と合計所得金額が80万円超120万円以下で預貯金等が550万円以下の方			1ヵ月利用料（実費除く）
要介護1	介護サービス費1割負担	23,750円（30日）	+ 食費 19,500円（30日）	+ 居住費 39,300円（30日）	= 82,550円
要介護2	介護サービス費1割負担	25,960円（30日）	+ 食費 19,500円（30日）	+ 居住費 39,300円（30日）	= 84,760円
要介護3	介護サービス費1割負担	28,331円（30日）	+ 食費 19,500円（30日）	+ 居住費 39,300円（30日）	= 87,131円
要介護4	介護サービス費1割負担	30,573円（30日）	+ 食費 19,500円（30日）	+ 居住費 39,300円（30日）	= 89,373円
要介護5	介護サービス費1割負担	32,750円（30日）	+ 食費 19,500円（30日）	+ 居住費 39,300円（30日）	= 91,550円

▼所得段階③ 2の方		※目安：世帯全員が住民税非課税で年金収入と合計所得金額が120万円超で預貯金等が500万円以下の方			1ヵ月利用料（実費除く）
要介護1	介護サービス費1割負担	23,750円（30日）	+ 食費 40,800円（30日）	+ 居住費 39,300円（30日）	= 103,850円
要介護2	介護サービス費1割負担	25,960円（30日）	+ 食費 40,800円（30日）	+ 居住費 39,300円（30日）	= 106,060円
要介護3	介護サービス費1割負担	28,331円（30日）	+ 食費 40,800円（30日）	+ 居住費 39,300円（30日）	= 108,431円
要介護4	介護サービス費1割負担	30,573円（30日）	+ 食費 40,800円（30日）	+ 居住費 39,300円（30日）	= 110,673円
要介護5	介護サービス費1割負担	32,750円（30日）	+ 食費 40,800円（30日）	+ 居住費 39,300円（30日）	= 112,850円

▼所得段階④の方		※ 上記以外の方（減免制度適用無し）			1ヵ月利用料（実費除く）
要介護1	介護サービス費1割負担	23,750円（30日）	+ 食費 43,350円（30日）	+ 居住費 60,180円（30日）	= 127,280円
要介護2	介護サービス費1割負担	25,960円（30日）	+ 食費 43,350円（30日）	+ 居住費 60,180円（30日）	= 129,490円
要介護3	介護サービス費1割負担	28,331円（30日）	+ 食費 43,350円（30日）	+ 居住費 60,180円（30日）	= 131,861円
要介護4	介護サービス費1割負担	30,573円（30日）	+ 食費 43,350円（30日）	+ 居住費 60,180円（30日）	= 134,103円
要介護5	介護サービス費1割負担	32,750円（30日）	+ 食費 43,350円（30日）	+ 居住費 60,180円（30日）	= 136,280円

▼ナーシングホームはるかぜ（地域密着型）利用料金表

利用料金は、ご契約者の「利用負担割合」・「要介護度」・「所得段階」に応じて異なります。

「利用者負担割合」「要介護度」「所得段階」の決定は市役所が行います。所得段階は申し込み世帯の課税状況や所得、資産状況などにより市役所が審査を行います。詳細は市役所にお問い合わせ下さい。

（問合せ先：市役所 介護保険課）

※介護サービス費の1割負担の中には、サービス提供体制強化加算、処遇改善加算が含まれています。

【サービス提供体制強化加算、処遇改善加算は体制加算】

令和3年8月1日現在

▼所得段階①の方		※目安：世帯全員が住民税非課税で高齢福祉年金受給者及び生活保護受給者の方			1ヵ月利用料（実費除く）
要介護1	介護サービス費1割負担	19,624円（30日）	+ 食費 9,000円（30日）	+ 居住費 9,600円（30日）	= 38,224円
要介護2	介護サービス費1割負担	21,866円（30日）	+ 食費 9,000円（30日）	+ 居住費 9,600円（30日）	= 40,466円
要介護3	介護サービス費1割負担	24,173円（30日）	+ 食費 9,000円（30日）	+ 居住費 9,600円（30日）	= 42,773円
要介護4	介護サービス費1割負担	26,447円（30日）	+ 食費 9,000円（30日）	+ 居住費 9,600円（30日）	= 45,047円
要介護5	介護サービス費1割負担	28,656円（30日）	+ 食費 9,000円（30日）	+ 居住費 9,600円（30日）	= 47,256円

▼所得段階②の方		※目安：世帯全員が住民税非課税で年金収入と合計所得金額が80万円以下で預貯金等が650万円以下の方			1ヵ月利用料（実費除く）
要介護1	介護サービス費1割負担	19,624円（30日）	+ 食費 11,700円（30日）	+ 居住費 12,600円（30日）	= 43,924円
要介護2	介護サービス費1割負担	21,866円（30日）	+ 食費 11,700円（30日）	+ 居住費 12,600円（30日）	= 46,166円
要介護3	介護サービス費1割負担	24,173円（30日）	+ 食費 11,700円（30日）	+ 居住費 12,600円（30日）	= 48,473円
要介護4	介護サービス費1割負担	26,447円（30日）	+ 食費 11,700円（30日）	+ 居住費 12,600円（30日）	= 50,747円
要介護5	介護サービス費1割負担	28,656円（30日）	+ 食費 11,700円（30日）	+ 居住費 12,600円（30日）	= 52,956円

▼所得段階③1の方		※目安：世帯全員が住民税非課税で年金収入と合計所得金額が80万円超120万円以下で預貯金等が550万円以下の方			1ヵ月利用料（実費除く）
要介護1	介護サービス費1割負担	19,624円（30日）	+ 食費 19,500円（30日）	+ 居住費 24,600円（30日）	= 63,724円
要介護2	介護サービス費1割負担	21,866円（30日）	+ 食費 19,500円（30日）	+ 居住費 24,600円（30日）	= 65,966円
要介護3	介護サービス費1割負担	24,173円（30日）	+ 食費 19,500円（30日）	+ 居住費 24,600円（30日）	= 68,273円
要介護4	介護サービス費1割負担	26,447円（30日）	+ 食費 19,500円（30日）	+ 居住費 24,600円（30日）	= 70,547円
要介護5	介護サービス費1割負担	28,656円（30日）	+ 食費 19,500円（30日）	+ 居住費 24,600円（30日）	= 72,756円

▼所得段階③2の方		※目安：世帯全員が住民税非課税で年金収入と合計所得金額が120万円超で預貯金等が500万円以下の方			1ヵ月利用料（実費除く）
要介護1	介護サービス費1割負担	19,624円（30日）	+ 食費 40,800円（30日）	+ 居住費 24,600円（30日）	= 85,024円
要介護2	介護サービス費1割負担	21,866円（30日）	+ 食費 40,800円（30日）	+ 居住費 24,600円（30日）	= 87,266円
要介護3	介護サービス費1割負担	24,173円（30日）	+ 食費 40,800円（30日）	+ 居住費 24,600円（30日）	= 89,573円
要介護4	介護サービス費1割負担	26,447円（30日）	+ 食費 40,800円（30日）	+ 居住費 24,600円（30日）	= 91,847円
要介護5	介護サービス費1割負担	28,656円（30日）	+ 食費 40,800円（30日）	+ 居住費 24,600円（30日）	= 94,056円

▼所得段階④の方		※ 上記以外の方（減免制度適用無し）			1ヵ月利用料（実費除く）
要介護1	介護サービス費1割負担	19,624円（30日）	+ 食費 43,350円（30日）	+ 居住費 35,130円（30日）	=98,104円
要介護2	介護サービス費1割負担	21,866円（30日）	+ 食費 43,350円（30日）	+ 居住費 35,130円（30日）	=100,346円
要介護3	介護サービス費1割負担	24,173円（30日）	+ 食費 43,350円（30日）	+ 居住費 35,130円（30日）	=102,653円
要介護4	介護サービス費1割負担	26,447円（30日）	+ 食費 43,350円（30日）	+ 居住費 35,130円（30日）	=104,927円
要介護5	介護サービス費1割負担	28,656円（30日）	+ 食費 43,350円（30日）	+ 居住費 35,130円（30日）	=107,136円

※ 所得段階については、別世帯の配偶者の課税状況、本人の資産要件等（預貯金、信託、有価証券等）も勘案されます。

所得段階の確認は、市役所（保険者）及び担当介護支援専門員等に必ずご確認ください（介護保険負担限度額証を申請してください。）

※ 介護保険負担割合証の利用者負担の割合が、「2割又は3割」の方は、上記の介護サービス費が2割、3割負担となります。

※ ご契約者の「利用者負担の割合」・「要介護度」・「所得段階」・「介護給付費」等の変更により、利用料金が増減する場合があります。

※ ご契約者の収入、所得段階等に応じて「高額介護サービス費」や「社会福祉法人の減免」等の減額制度を利用できる事があります。（申請代行もいたします）

※ 上記以外にも日常生活に必要な費用（医療費、理美容代、おやつ代、衣類代、日常生活日用品代、クリーニング代等）は実費となります。

オムツ代、洗濯代（通常の洗濯物）は無料です。