

短期入所生活介護 新規利用申込書

特別養護老人ホーム古川親水苑

生活相談員行 (FAX 03-5667-1215)

申込日: _____年 ____月 ____日

フリガナ		性別	生年月日	
利用者氏名		男・女	明治 大正 昭和	年 月 日 (歳)
住所	〒 _____			
電話		携帯電話		
かかりつけ医療機関	病院名		電話	
	主治医名			
	診療科名			
主な病気	①	_____年 ____月 頃から治療開始(現在 治療中・治療終了)		
	②	_____年 ____月 頃から治療開始(現在 治療中・治療終了)		
要介護度	要支援 1・2/要介護 1・2・3・4・5	負担割合	割	介護保険 負担限度額認定証 段階

連絡先①	フリガナ		電話	
	氏名		携帯電話	
		続柄()	勤務先	
	該当する箇所に☑→		<input type="checkbox"/> 主介護者 <input type="checkbox"/> 受診付添い者 <input type="checkbox"/> 副介護者 <input type="checkbox"/> 同居者	
住所	〒 _____			
連絡先②	フリガナ		電話	
	氏名		携帯電話	
		続柄()	勤務先	
	該当する箇所に☑→		<input type="checkbox"/> 主介護者 <input type="checkbox"/> 受診付添い者 <input type="checkbox"/> 副介護者 <input type="checkbox"/> 同居者	
住所	〒 _____			
居宅支援事業所	事業所名		担当ケアマネージャー氏名	
	電話		FAX	

【備考】

※お持ちのものは、コピーの添付をお願いします

- 介護保険被保険者証
 介護保険負担割合証
 身体障害者手帳
介護保険負担限度額認定証
 医療被保険証

希望期間	_____年 ____月 ____日() ~ _____年 ____月 ____日() 【 ____日間】
希望理由	上記期間の中で必ず必要な日がありましたらご記入ください→【 _____ 】

普段の様子をお教えてください

(1日の過ごし方)	13:00	(家族構成) 本人は男性:回 女性:◎ (□男 □女)
6:00	23:00	
12:00		

日常生活状況

移動方法	<input type="checkbox"/> 歩行 <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車椅子	移動	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
座位	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	生活様式はどちらですか	<input type="checkbox"/> ベッド・椅子の生活 <input type="checkbox"/> 布団・畳の生活
寝返り	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	【普段の介助方法】	
食事形態	<input type="checkbox"/> 常食 <input type="checkbox"/> 粥 <input type="checkbox"/> 刻み(一口大 / みじん切り) <input type="checkbox"/> ソフト <input type="checkbox"/> ミキサー <input type="checkbox"/> ペースト <input type="checkbox"/> とろみ <input type="checkbox"/> 経管(胃ろう / 鼻腔) <input type="checkbox"/> その他()		
摂食方法	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	【普段の介助方法】	
水分制限	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(ml / 日)	アレルギー	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有()
カロリー制限	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(kcal / 日)	塩分制限	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(g / 日)
入浴	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	【普段の介助方法】	
排泄	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	【普段の介助方法】	
排泄手段	<input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> PTイレ <input type="checkbox"/> 尿器 <input type="checkbox"/> リハパン <input type="checkbox"/> パット <input type="checkbox"/> オムツ		
更衣動作	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	【普段の介助方法】	
整容	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	【普段の介助方法】	
口腔ケア	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	【普段の介助方法】	
義歯の状態	<input type="checkbox"/> 自分の歯 <input type="checkbox"/> 義歯 ※義歯に問題 無・有()		
言語	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 言語障害あり	意思の伝達と判断決定	<input type="checkbox"/> 伝達可能 <input type="checkbox"/> いくらか困難 <input type="checkbox"/> 困難

【普段から気をつけていること・困っていること・既往歴等】

※コロナワクチン最終接種日(回目) 年 月 日 /インフルエンザ接種日 年 月 日

短期入所生活介護 再利用申込書

特別養護老人ホーム古川親水苑 生活相談員行
(TEL 03-5667-1211/FAX 03-5667-1215)

申込日: _____年 _____月 _____日
決定日: _____年 _____月 _____日

利用者氏名		男・女	明治 大正 昭和	_____年 _____月 _____日生 (_____歳)
居宅支援事業所	事業所名	担当ケアマネージャー氏名		
	電話	FAX		

担当ケアマネージャー記入欄

施設担当者記入欄

《希望期間》	《決定日》	検討結果
_____月 _____日() ~ _____月 _____日() 上記期間中で必ず必要な日→【 _____ 】 ⇒ _____月 _____日() ~ _____月 _____日() 希望理由→【 _____ 】		可・否
_____月 _____日() ~ _____月 _____日() 上記期間中で必ず必要な日→【 _____ 】 ⇒ _____月 _____日() ~ _____月 _____日() 希望理由→【 _____ 】		可・否
特に期間の希望がない場合 日数→【 _____ 日間】 ⇒ _____月 _____日() ~ _____月 _____日() 時期→【月の前半・月の後半・いつでも可】 希望理由→【 _____ 】		可・否

ADL等 ※前回利用時から変化がある場合はご記入ください

食事	自立・見守り・一部介助・全介助	食事形態	主食(常食・粥)/副食(常食・一口大・きざみ・ミキサー)
嚥下	普通・やや悪い・悪い トロミ(あり・なし)	食事制限	
更衣	自立・見守り・一部介助・全介助	歩行	独歩・伝い歩行・杖・歩行器・車椅子 自立・介助
認知症	なし・あり(_____)	排泄	自立・一部介助・全介助 オムツ・リハパン
送迎	有・無	その他連絡事項等(_____)	
処方内容	有・無 ※変更有の場合は、お薬手帳のコピーをご送付ください。		

- ・申込期間は、原則としてご利用予定月2ヶ月前の1日から受付開始とします。
1日が土・日・祝日の場合は、翌平日からの受付開始とします。
- ・同じ利用期間に多数のお申し込みがあった場合は先着順とし、同日のお申し込みの場合には抽選となります。また、希望期間と前後する場合や、キャンセル待ちとなる場合があります。
- ・利用決定のお知らせは、この用紙に決定日を記入して返信させていただきます。
- ・ご利用当日のキャンセルは実費をご負担いただきます。
- ・その他ご不明点がございましたら、生活相談員までご連絡ください。

社会福祉法人 東京優貴会
特別養護老人ホーム古川親水苑
〒134-0013 東京都江戸川区江戸川5-4-2

(施設記入欄)

入所検討会議 開催日: _____年 _____月 _____日

施設長	副施設長	看護師	介護職員	生活相談員	介護支援 専門員	管理栄養士	リハビリ職員

ユニット型特別養護老人ホーム古川親水苑 短期入所生活介護 料金表
(2022年10月変更)

第1段階 対象者：生活保護受給者の方・老齢福祉年金受給者・境界層該当者の方

要介護度	サービス基本単位	1日あたりの自己負担額	1日あたりの食費	1日あたりの居住費	1日あたりの合計	(円)
要介護1	696	773	300	820	1,893	
要介護2	764	848	300	820	1,968	
要介護3	838	931	300	820	2,051	
要介護4	908	1,008	300	820	2,128	
要介護5	976	1,084	300	820	2,204	

第2段階 対象者：合計所得と年金収入の合計が80万円以下・境界層該当者の方

要介護度	サービス基本単位	1日あたりの自己負担額	1日あたりの食費	1日あたりの居住費	1日あたりの合計	(円)
要介護1	696	773	600	820	2,193	
要介護2	764	848	600	820	2,268	
要介護3	838	931	600	820	2,351	
要介護4	908	1,008	600	820	2,428	
要介護5	976	1,084	600	820	2,504	

第3段階① 対象者：合計所得と年金収入の合計が80万円超120万円以下の方

要介護度	サービス基本単位	1日あたりの自己負担額	1日あたりの食費	1日あたりの居住費	1日あたりの合計	(円)
要介護1	696	773	1,000	1,310	3,083	
要介護2	764	848	1,000	1,310	3,158	
要介護3	838	931	1,000	1,310	3,241	
要介護4	908	1,008	1,000	1,310	3,318	
要介護5	976	1,084	1,000	1,310	3,394	

第3段階② 対象者：合計所得と年金収入の合計が120万円超の方

要介護度	サービス基本単位	1日あたりの自己負担額	1日あたりの食費	1日あたりの居住費	1日あたりの合計	(円)
要介護1	696	773	1,300	1,310	3,383	
要介護2	764	848	1,300	1,310	3,458	
要介護3	838	931	1,300	1,310	3,541	
要介護4	908	1,008	1,300	1,310	3,618	
要介護5	976	1,084	1,300	1,310	3,694	

第4段階
<1割負担>

対象者：市町村民税課税世帯

要介護度	サービス基本単位	1日あたりの自己負担額	1日あたりの食費	1日あたりの居住費	1日あたりの合計	(円)
要介護1	696	773	2,100	2,200	5,073	
要介護2	764	848	2,100	2,200	5,148	
要介護3	838	931	2,100	2,200	5,231	
要介護4	908	1,008	2,100	2,200	5,308	
要介護5	976	1,084	2,100	2,200	5,384	

第4段階
<2割負担>

対象者：市町村民税課税世帯

要介護度	サービス基本単位	1日あたりの自己負担額	1日あたりの食費	1日あたりの居住費	1日あたりの合計	(円)
要介護1	696	1,545	2,100	2,200	5,845	
要介護2	764	1,696	2,100	2,200	5,996	
要介護3	838	1,861	2,100	2,200	6,161	
要介護4	908	2,016	2,100	2,200	6,316	
要介護5	976	2,167	2,100	2,200	6,467	

第4段階
＜3割負担＞

対象者：市町村民税課税世帯

要介護度	サービス基本単位	1日あたりの自己負担額	1日あたりの食費	1日あたりの居住費	1日あたりの合計	(円)
要介護1	696	2,318	2,100	2,200	6,618	
要介護2	764	2,544	2,100	2,200	6,844	
要介護3	838	2,791	2,100	2,200	7,091	
要介護4	908	3,024	2,100	2,200	7,324	
要介護5	976	3,250	2,100	2,200	7,550	

※【食費内訳】朝食：660円 / 昼食：770円 / 夕食：670円

加算料金等

加算項目	1日の単位	1日の自己負担額			算定要件
		(1割)	(2割)	(3割)	
△看護体制加算(Ⅰ)	4	5	9	14	常勤の看護師を1名以上配置している場合
●夜勤職員配置加算(Ⅱ)	18	20	40	60	夜勤を行う職員の数が、最低基準を1人以上上回っている場合
●機能訓練体制加算	12	14	27	40	常勤専従の理学療法士等を1名以上配置している場合
☆個別機能訓練加算	56	63	125	187	常勤専従の理学療法士等を1名以上配置、共同して訓練計画を作成し、3ヶ月に1回居宅訪問の上、説明・見直しを行った場合
☆送迎加算	184	205	409	613	送迎を行う場合(片道につき)
☆緊急短期入所受入加算	90	100	200	300	緊急に受け入れを行った場合、7日間(家族の疾病等やむを得ない事情がある場合は14日間)を限度として算定
☆長期利用者減算	-30	-34	-67	-100	連続30日を越えて利用を行った場合、1日につき減算
☆療養食加算(1食につき1回)	8	9	18	27	医師の処方箋に基づき療養食が提供された場合
●サービス提供体制強化加算(Ⅱ)	18	20	40	60	介護職員の総数のうち、介護福祉士が占める割合が100分の60以上である場合
●介護職員処遇改善加算(Ⅰ)	-	-	-	-	総単位数に8.3%を乗じた単位数
●介護職員等特定処遇改善加算(Ⅰ)	-	-	-	-	総単位数に2.7%を乗じた単位数
●介護職員等ベースアップ等支援加算	-	-	-	-	総単位数に1.6%を乗じた単位数

(●印⇒すべての入居者に対し算定、☆印⇒入居者の状況により算定、△印は要件を満たした場合に算定)

【キャンセル料金】

前日17時までに通知することなくサービスの中止をした場合、1日分の基本料金の1割と1日分の食費・居住費を実費でお支払いいただきますのでご了承ください。(体調不良等のやむを得ない理由を除く)

ユニット型特別養護老人ホーム古川親水苑 介護予防短期入所生活介護 料金表
(2022年10月変更)

第1段階 対象者：生活保護受給者の方・老齢福祉年金受給者・境界層該当者の方

要介護度	サービス基本単位	1日あたりの自己負担額	1日あたりの食費	1日あたりの居住費	1日あたりの合計	(円)
要支援1	523	581	300	820	1,701	
要支援2	649	721	300	820	1,841	

第2段階 対象者：合計所得と年金収入の合計が80万円以下・境界層該当者の方

要介護度	サービス基本単位	1日あたりの自己負担額	1日あたりの食費	1日あたりの居住費	1日あたりの合計	(円)
要支援1	523	581	600	820	2,001	
要支援2	649	721	600	820	2,141	

第3段階① 対象者：合計所得と年金収入の合計が80万円超120万円以下の方

要介護度	サービス基本単位	1日あたりの自己負担額	1日あたりの食費	1日あたりの居住費	1日あたりの合計	(円)
要支援1	523	581	1,000	1,310	2,891	
要支援2	649	721	1,000	1,310	3,031	

第3段階② 対象者：合計所得と年金収入の合計が120万円超の方

要介護度	サービス基本単位	1日あたりの自己負担額	1日あたりの食費	1日あたりの居住費	1日あたりの合計	(円)
要支援1	523	581	1,300	1,310	3,191	
要支援2	649	721	1,300	1,310	3,331	

第4段階 <1割負担> 対象者：市町村民税課税世帯

要介護度	サービス基本単位	1日あたりの自己負担額	1日あたりの食費	1日あたりの居住費	1日あたりの合計	(円)
要支援1	523	581	2,100	2,200	4,881	
要支援2	649	721	2,100	2,200	5,021	

第4段階 <2割負担> 対象者：市町村民税課税世帯

要介護度	サービス基本単位	1日あたりの自己負担額	1日あたりの食費	1日あたりの居住費	1日あたりの合計	(円)
要支援1	523	1,161	2,100	2,200	5,461	
要支援2	649	1,441	2,100	2,200	5,741	

第4段階 <3割負担> 対象者：市町村民税課税世帯

要介護度	サービス基本単位	1日あたりの自己負担額	1日あたりの食費	1日あたりの居住費	1日あたりの合計	(円)
要支援1	523	1,742	2,100	2,200	6,042	
要支援2	649	2,161	2,100	2,200	6,461	

※【食費内訳】朝食：660円 / 昼食：770円 / 夕食：670円

加算料金等 (●印⇒すべての入居者に対し算定、☆印⇒入居者の状況により算定)

加算項目	1日の単位	1日の自己負担額			算定要件
		(1割)	(2割)	(3割)	
●機能訓練体制加算	12	14	27	40	常勤専従の理学療法士等を1名以上配置している場合
☆個別機能訓練加算	56	63	125	187	常勤専従の理学療法士等を1名以上配置、共同して計画を作成し訓練を行い、3ヶ月に1回居宅訪問の上、説明・見直しを行った場合
☆送迎加算	184	205	409	613	送迎を行う場合(片道につき)
☆療養食加算(1食につき1回)	8	9	18	27	医師の処方箋に基づき療養食が提供された場合
●サービス提供体制強化加算(Ⅱ)	18	20	40	60	介護職員の総数のうち、介護福祉士が占める割合が100分の60以上である場合
●介護職員処遇改善加算(Ⅰ)	-	-	-	-	総単位数に8.3%を乗じた単位数
●介護職員等特定処遇改善加算(Ⅰ)	-	-	-	-	総単位数に2.7%を乗じた単位数
●介護職員等ベースアップ等支援加算	-	-	-	-	総単位数に1.6%を乗じた単位数

【キャンセル料金】

ご利用当日のキャンセルの場合、1,400円を実費でお支払いいただきますのでご了承ください。

(食材費・送迎手配費用・事務手数料等)