

浜松中央長上苑入所 利用者負担額（概算） R1.10.1～

	介護保険			居住費 2550円/ 日	食費 1520円/ 日	日用品費 200円/日	おやつ代 60円/日	月額合計	1日あたり 日額合計
	基本料	加算	計						
要介護1	19,407	5,712	25,471	76,500	45,600	6,000	1,800	155,371	5,179
要介護2	21,446	5,936	27,765	76,500	45,600	6,000	1,800	157,665	5,256
要介護3	23,666	6,182	30,266	76,500	45,600	6,000	1,800	160,166	5,339
要介護4	25,735	6,409	32,594	76,500	45,600	6,000	1,800	162,494	5,416
要介護5	27,773	6,633	34,888	76,500	45,600	6,000	1,800	164,788	5,493

加算項目：看護体制、日常生活継続支援

夜勤職員配置、栄養マネジメント、個別機能訓練

口腔衛生管理体制、口腔衛生管理、処遇改善、特定処遇改善

※以下の利用料負担軽減措置があります。

○特定入所者介護サービス費による軽減

**市民税非課税世帯**で、利用者負担の階層が、負担第1段階～第3段階と認定された方は低額利用料が適用されます。 ※ 詳しくは各区長寿保健課へお問い合わせ下さい。

○社会福祉法人軽減制度による軽減

**市民税非課税世帯**で、次の要件の全てを満たす方で浜松市が生計困難な者と認定された方は利用料金が25%減額されます。

- (ア) 年間収入が単身世帯で150万円、世帯員1人増える毎に50万円を加算した額以下であること
- (イ) 預貯金等が単身世帯で350万円、世帯員が1人増える毎に100万円を加算した額以下であること
- (ウ) 日常生活に供する資産以外に活用できる資産がないこと
- (エ) 負担能力のある親族等に扶養されていないこと
- (オ) 介護保険料を滞納していないこと

※ 詳しくは各区長寿保健課へお問い合わせ下さい。

# 「浜松中央長上苑」入所までの流れ

入所申込者	施設（浜松中央長上苑）
<b>入所の申込</b> 同封の「入所申込書」を施設に提出して下さい。	<b>入所申込者情報の確認</b> ケアマネージャー等に連絡し、介護・医療の情報を確認します。
	<b>入所申込者名簿の作成</b> 「入所申込者評価基準」（本人の要介護度・家族の状況等を勘案）に基づき、入所の必要性の高い方（点数にて算定）より順に入所申込者名簿を作成します。
	<b>優先入所順位の決定</b> 書面調査・ケアマネージャーからの情報などをもとに、優先入所検討委員会を開催し、優先入所順位を決定します。委員会のメンバーは、施設長・他職員及び、部外者の第三者にて構成します。
<b>入所申込者への訪問調査等</b> 優先入所順位の上位の方から、詳しい状況をお伺いするため、面接調査等を行います。	
	<b>結果通知</b> 面接調査の結果をもとに、入所の可否が決定され、ご家族に通知致します。
<b>入所準備</b> ご家族は、入所説明を受けて、入所準備を進めていただきます。	<b>入所説明</b> 入所の時期に合わせ、利用料金など、入所にかかる必要事項を説明致します。
<b>入所</b> 空きが出たら御連絡します。急に空部屋が出た場合、御連絡から入所までの期間が1週間以内になることがあります。	

- ※1. 優先入所順位は、「静岡県指定介護老人福祉施設優先入所指針」に沿った『特別養護老人ホーム浜松中央長上苑優先入所基準』に基づいて決定します。
- ※2. 優先入所検討委員会は6ヶ月に1回以上開催し、優先入所申込者名簿の見直しを行います。
- ※3. 入所申し込み後、本人及び家族の状況に変化が生じた場合、必ず連絡をお願いします。（申込キャンセルの場合も連絡下さい。）

# 浜松中央長上苑 入所申込書

令和 年 月 日

施設長 様

## 1 入所申込者の状況

(フリガナ) 氏名	_____		性別	生年月日			
	_____		男・女	明・大・昭 年 月 日 ( 歳)			
住所	〒 ( _____ ) _____						TEL _____
介護保険	区域	市(区) 町・村	被保険者番号				
要介護度	1. 要介護度1 2. 要介護度2 3. 要介護度3 4. 要介護度4 5. 要介護度5 6. その他						
介護保険 認定の有効期間	平成・令和 年 月 日 ~ 平成・令和 年 月 日						
障害高齢者の日常生活自立度	自立・J1・J2・A1・A2・B1・B2・C1・C2						
認知症高齢者の日常生活自立度	自立・I・IIa・IIb・IIIa・IIIb・IV・M						
負担段階	食費・居住費の減額認定		第1段階	第2段階	第3段階	第4段階	
	社会福祉法人の減額認定		あり ・ なし				
現在の状況	1. 自宅で生活 (ひとり暮らし・高齢者世帯・子と同居・その他) 2. 特別養護老人ホームに入所している (施設名 _____ 入所日 _____ 年 月) 3. その他の施設、病院等に入所している (施設、病院名 _____ 入所日 _____ 年 月) ※ 施設、病院等から退院・退所を言われている方は具体的日程、状況をご記入ください。 ( _____ )						
入所を希望する時期	1. すぐにでも入所したい 2. 6か月以内には入所したい 3. 当面は必要ないが、将来的には入所したい						
現在使っている居宅サービス							
サービス名	事業所名		利用頻度		その他のサービス		
デイサービス	_____		月	回程度	_____		
ショートステイ	_____		月	回程度	_____		
ホームヘルパー	_____		月	回程度	_____		
家族、身元引受人等の連絡先							
(フリガナ) 氏名	_____					続柄	
住所	〒 ( _____ ) 日中の連絡先：自宅・携帯・その他 ( _____ ) 自宅TEL _____ 携帯TEL _____						

## 2 家族の状況

	項 目
該当する	1. ひとり暮らし
項目1つ	2. 家族全員(未成年者を除く)が要介護状態、病気療養中又は障害を有するため、介護が困難
に○をつ	3. 家族全員(未成年者を除く)が要支援状態又は75歳以上であるため、介護が困難
けてくだ	4. 同一世帯に要介護状態、病気療養中又は障害を有する者が複数いるため、介護が困難
さい	5. 上記以外の状態で介護が困難

※ 裏面も記入してください

(裏面)

3 ご家族の構成を教えてください。(「続柄」は申込者を中心にお書き下さい。)

氏名	続柄	同居・別居	住所(同居の場合は必要ありません)	備考(勤務先等)
		同・別		
		同・別		
		同・別		
		同・別		
		同・別		
		同・別		

4 入所者申込者の介護の状況を教えてください。(該当する箇所に☑を入れてください。)

食事	<input type="checkbox"/> 自分で食べられる	記憶	<input type="checkbox"/> 問題ない	認知症	<input type="checkbox"/> 徘徊
	<input type="checkbox"/> 少し手伝っている		<input type="checkbox"/> 物忘れ程度		<input type="checkbox"/> 被害妄想
<input type="checkbox"/> 全て手伝っている	<input type="checkbox"/> すぐ忘れる	<input type="checkbox"/> 暴力行為			
<input type="checkbox"/> 経管栄養(胃ろう等)		<input type="checkbox"/> 介護拒否			
排泄	<input type="checkbox"/> 自分でトイレに行く	麻痺	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない (部位 )	<input type="checkbox"/> 不潔行為 (便や尿に触れる等)	
	<input type="checkbox"/> 手伝えばトイレでできる		視力	<input type="checkbox"/> 問題ない	<input type="checkbox"/> 大声・奇声 大きな音をたてる
<input type="checkbox"/> オムツをしている	<input type="checkbox"/> 若干支障がある	<input type="checkbox"/> 見えない		<input type="checkbox"/> 昼夜逆転	
移動	<input type="checkbox"/> 一人で歩ける	聴力	<input type="checkbox"/> 問題ない	※その他(できるだけ具体的に)	
	<input type="checkbox"/> 支えれば歩ける		<input type="checkbox"/> 聞こえにくい		
<input type="checkbox"/> 車椅子を使う	<input type="checkbox"/> 聞こえない				
<input type="checkbox"/> 寝たきり					

5 入所申込者の医療情報を教えてください。

病歴(病名)	期間	医療的 内容  ※該当箇 所に☑を 入れて下 さい	<input type="checkbox"/> 吸引 <input type="checkbox"/> ペースメーカー <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> インシュリン <input type="checkbox"/> バルーン(尿管) <input type="checkbox"/> ストーマ(人工肛門) <input type="checkbox"/> その他( )
	年 月 ~ 年 月		
	年 月 ~ 年 月		
	年 月 ~ 年 月		
	年 月 ~ 年 月		

※ 鼻腔栄養、IVHなど医療的内容によってはお受けできない場合もあります。

6 現在、入所申込者を担当されているケアマネージャーはどなたですか。

居宅介護支援 事業所名	事業所名			
	担当ケアネ	連絡先		

※ 入所判定の為に必要がある時は、当職員が担当ケアマネージャーから入所申込者の「優先入所調査票」の調査項目についての意見を聴取することに同意します。

備考欄 入所申込者名


※ 入所申込後に本人及び家族の状況に変化が生じた場合は、必ず連絡をお願いします。(この申込書の有効期間は2年間です。2年毎に更新手続きが必要になります。)

※ 施設記入欄

当苑ロングショート希望(有・無)

更新日①	令和	年	月	日	受付職員
更新日②	令和	年	月	日	
更新日③	令和	年	月	日	