

## 浜松中央長上苑入所 利用者負担額（1割負担 概算）

	介護保険			居住費 2,550円/日	食費 1,670円/日	おやつ 70円/日	日用品費 200円/日	月額合計	1日あたり 日額合計
	基本	加算	計						
要介護1	19,834	6,385	26,218	76,500	50,100	2,100	6,000	160,918	5,364
要介護2	21,902	6,645	28,547	76,500	50,100	2,100	6,000	163,247	5,442
要介護3	24,123	6,925	31,048	76,500	50,100	2,100	6,000	165,748	5,525
要介護4	26,222	7,189	33,411	76,500	50,100	2,100	6,000	168,111	5,604
要介護5	28,260	7,446	35,706	76,500	50,100	2,100	6,000	170,406	5,680

加算項目；看護体制Ⅰ・Ⅱ、夜勤職員配置、科学的介護推進体制加算Ⅱ、個別機能訓練Ⅰ・Ⅱ  
日常生活継続支援／サービス提供体制強化 ※ 表示金額は日常生活継続支援加算時  
口腔衛生管理加算、褥瘡マネジメントⅠ、安全対策体制加算（入所時）、経口維持加算  
処遇改善（8.3%）、特定処遇改善（2.7%）、ベースアップ（1.6%）

※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 利用者負担額（1割負担 概算）

## 月額(利用者負担 第1段階の場合)

※ 30日で試算

1日あたり

	介護保険			居住費 820円/日	食費 300円/日	おやつ 70円/日	日用品費 200円/日	月額合計	1日あたり 日額合計
	基本	加算	計						
要介護1	19,834	6,385	26,218	24,600	9,000	2,100	6,000	67,918	2,264
要介護2	21,902	6,645	28,547	24,600	9,000	2,100	6,000	70,247	2,342
要介護3	24,123	6,925	31,048	24,600	9,000	2,100	6,000	72,748	2,425
要介護4	26,222	7,189	33,411	24,600	9,000	2,100	6,000	75,111	2,504
要介護5	28,260	7,446	35,706	24,600	9,000	2,100	6,000	77,406	2,580

加算項目；看護体制Ⅰ・Ⅱ、夜勤職員配置、科学的介護推進体制加算Ⅱ、個別機能訓練Ⅰ・Ⅱ  
日常生活継続支援／サービス提供体制強化 ※ 表示金額は日常生活継続支援加算時  
口腔衛生管理加算、褥瘡マネジメントⅠ、安全対策体制加算(入所時)、経口維持加算  
処遇改善(8.3%)、特定処遇改善(2.7%)、ベースアップ(1.6%)

## 月額(利用者負担 第2段階の場合)

※ 30日で試算

1日あたり

	介護保険			居住費 820円/日	食費 390円/日	おやつ 70円/日	日用品費 200円/日	月額合計	1日あたり 日額合計
	基本	加算	計						
要介護1	19,834	6,385	26,218	24,600	11,700	2,100	6,000	70,618	2,354
要介護2	21,902	6,645	28,547	24,600	11,700	2,100	6,000	72,947	2,432
要介護3	24,123	6,925	31,048	24,600	11,700	2,100	6,000	75,448	2,515
要介護4	26,222	7,189	33,411	24,600	11,700	2,100	6,000	77,811	2,594
要介護5	28,260	7,446	35,706	24,600	11,700	2,100	6,000	80,106	2,670

加算項目；看護体制Ⅰ・Ⅱ、夜勤職員配置、科学的介護推進体制加算Ⅱ、個別機能訓練Ⅰ・Ⅱ  
日常生活継続支援／サービス提供体制強化 ※ 表示金額は日常生活継続支援加算時  
口腔衛生管理加算、褥瘡マネジメントⅠ、安全対策体制加算(入所時)、経口維持加算  
処遇改善(8.3%)、特定処遇改善(2.7%)、ベースアップ(1.6%)

## 浜松中央長上苑入所 利用者負担額（1割負担 概算）

## 月額(利用者負担 第3段階①の場合)

※ 30日で試算

1日あたり

	介護保険			居住費 1,310円/日	食費 650円/日	おやつ 70円/日	日用品費 200円/日	月額合計	日額合計
	基本	加算	計						
要介護1	19,834	6,385	26,218	39,300	19,500	2,100	6,000	93,118	3,104
要介護2	21,902	6,645	28,547	39,300	19,500	2,100	6,000	95,447	3,182
要介護3	24,123	6,925	31,048	39,300	19,500	2,100	6,000	97,948	3,265
要介護4	26,222	7,189	33,411	39,300	19,500	2,100	6,000	100,311	3,344
要介護5	28,260	7,446	35,706	39,300	19,500	2,100	6,000	102,606	3,420

加算項目；看護体制Ⅰ・Ⅱ、夜勤職員配置、科学的介護推進体制加算Ⅱ、個別機能訓練Ⅰ・Ⅱ  
日常生活継続支援／サービス提供体制強化 ※ 表示金額は日常生活継続支援加算時  
口腔衛生管理加算、褥瘡マネジメントⅠ、安全対策体制加算(入所時)、経口維持加算  
処遇改善(8.3%)、特定処遇改善(2.7%)、ベースアップ(1.6%)

## 月額(利用者負担 第3段階②の場合)

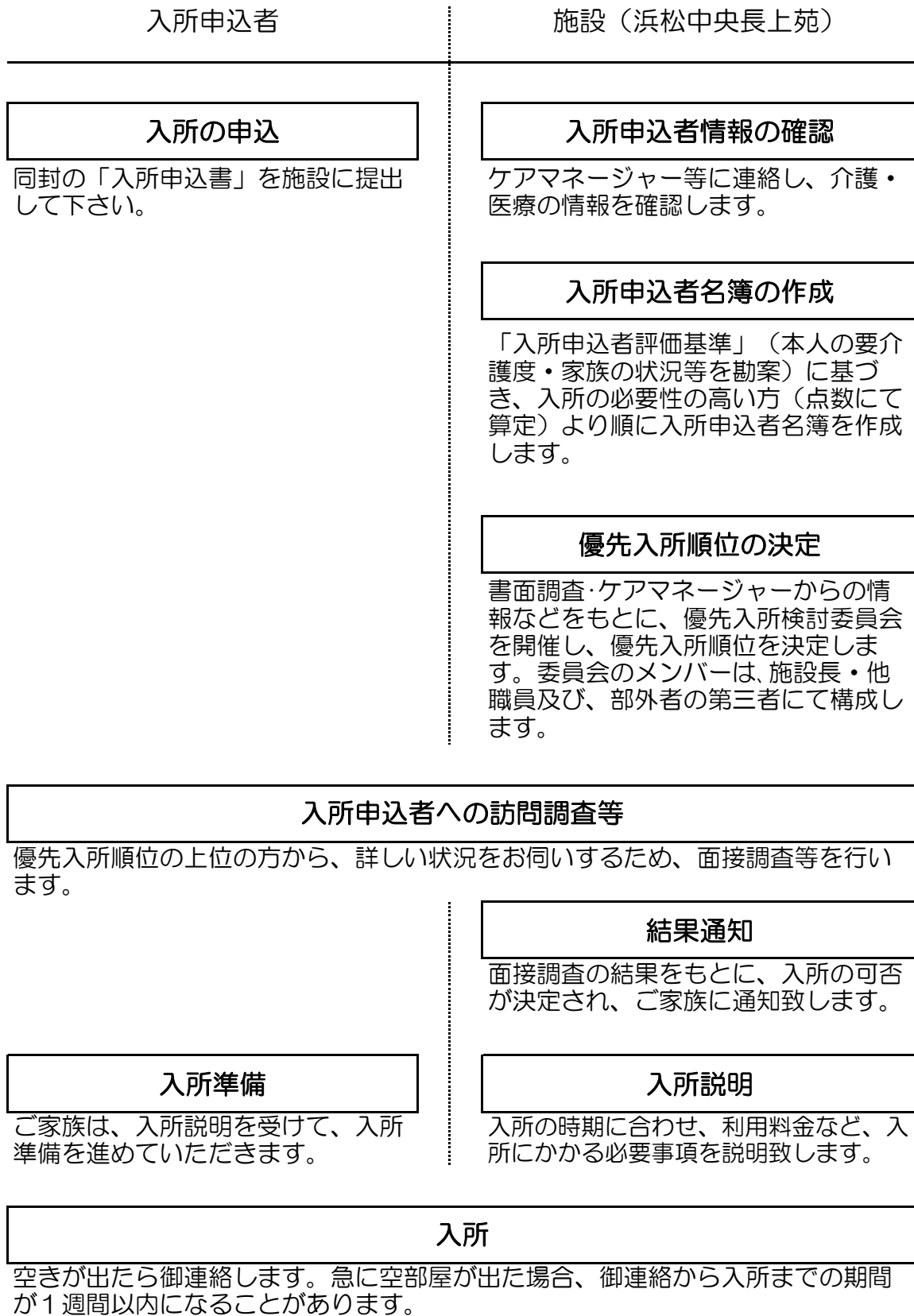
※ 30日で試算

1日あたり

	介護保険			居住費 1,310円/日	食費 1,360円/日	おやつ 70円/日	日用品費 200円/日	月額合計	日額合計
	基本	加算	計						
要介護1	19,834	6,385	26,218	39,300	40,800	2,100	6,000	114,418	3,814
要介護2	21,902	6,645	28,547	39,300	40,800	2,100	6,000	116,747	3,892
要介護3	24,123	6,925	31,048	39,300	40,800	2,100	6,000	119,248	3,975
要介護4	26,222	7,189	33,411	39,300	40,800	2,100	6,000	121,611	4,054
要介護5	28,260	7,446	35,706	39,300	40,800	2,100	6,000	123,906	4,130

加算項目；看護体制Ⅰ・Ⅱ、夜勤職員配置、科学的介護推進体制加算Ⅱ、個別機能訓練Ⅰ・Ⅱ  
日常生活継続支援／サービス提供体制強化 ※ 表示金額は日常生活継続支援加算時  
口腔衛生管理加算、褥瘡マネジメントⅠ、安全対策体制加算(入所時)、経口維持加算  
処遇改善(8.3%)、特定処遇改善(2.7%)、ベースアップ(1.6%)

# 「浜松中央長上苑」入所までの流れ



- ※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

※施設記入欄

初回申込日	令和	年	月	日
-------	----	---	---	---

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	保険者名	市(区) 町・村	被保険者番号					
要介護度	申請中	要介護度1	要介護度2	要介護度3	要介護度4	要介護度5		
入所を希望する時期	1. すぐにも入所したい(□ ロングショート希望) 2. 6か月以内には入所したい 3. 将来的には入所をしたい							
認知症の状況	有 ・ 無		認知症日常生活自立度	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①	第3段階②	第4段階	
	社会福祉法人の減額認定		あり ・ なし					
認知症の具体的症状								
知的障害、精神障害等の状況			*手帳交付の有無、障害の等級等を記載してください。					
居宅サービスの利用状況			*利用サービス、利用頻度、利用期間を記載してください。					
現在の状況	1. 自宅で生活 2. 介護保険施設等(住宅型有料老人ホーム、サービス付高齢者向け住宅、病院等を含む)に入所 退所予定の有無 有 ・ 無 (有の場合は、退所予定時期 )							

家族、身元引受人等の連絡先 \*介護者欄には、主たる介護者に◎、介護協力者に○を記載してください。

(フリガナ) 氏 名			続 柄	介護者
	( 歳)			
住 所	〒 ( - )		TEL	
(フリガナ) 氏 名			続 柄	介護者
	( 歳)			
住 所	〒 ( - )		TEL	
(フリガナ) 氏 名			続 柄	介護者
	( 歳)			
住 所	〒 ( - )		TEL	

(裏面も記入してください。)

(裏面)

2 介護者等の状況（現在、自宅で生活の場合及び施設に入所しているが退所が予定されている場合に記載）

主たる介護者等の状況で、該当する項目1つに○をつけて、必要事項を記入してください	1. ひとり暮らしで、介護者がいない
	2. 介護者が要介護状態、病気療養中又は障害を有することにより、介護が困難 〔 要介護状態区分:( ) 病気療養中:(病名等) 障害の等級等:( ) 介護が困難な状況: 〕
	3. 介護者が要支援状態又は高齢者であることにより、介護が困難 〔 要支援状態区分:( 1 ・ 2 ・ 事業対象者 ) 年齢:( 歳) 介護が困難な状況: 〕
	4. ひとり暮らしで、介護者がいるが、日常的に介護を受けることが困難 〔 介護が困難な状況: 〕
	5. 複数人を介護しているため、介護が困難 〔 申込者以外の介護の状況: 〕
	6. 介護者が就労をしているため、介護が困難 〔 就労の状況 ( 週 回) (1日当たり 時間) (夜勤: 有・無) 〕
	7. 介護者が就学中の若い世代（ヤングケアラー）のため、介護が困難 〔 就学の状況 小学生 中学生 高校生 大学生 その他 ( ) 〕
	8. 介護者が育児をしているため、介護が困難 〔 育児の状況 (育児の対象 歳児) (育児の頻度: 常時 半日程度 臨時的) 〕
	9. 上記以外の状態で介護が困難（喀痰吸引・経管栄養を要する等） 〔 介護が困難な状況: 〕

3 施設入所の状況（該当する施設に入所している場合に記載）

該当する項目1つに○をつけてください	1. 養護老人ホーム、軽費老人ホーム、住宅型有料老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅、法令で定めるその他の福祉施設（介護付きの施設は2へ）	(施設名 )
	2. 特別養護老人ホーム、介護老人保健施設、介護医療院、グループホーム、1のうち介護付きの施設、病院	(施設名 )

4 その他事項（家族の状況、経済的な事情等、特に介護において困っていることがあれば記載してください。）

--

担当ケアマネジャー	氏名	事業所名
主治医	氏名	病医院名

※ 入所判定の為に必要がある時は、当職員が担当ケアマネ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。

※ 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。）

入所申込者名

※ 施設記入欄

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	

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。）

移動	<input type="checkbox"/> 独歩	<input type="checkbox"/> 杖歩行	<input type="checkbox"/> 伝い歩き	<input type="checkbox"/> 手引き
	<input type="checkbox"/> 歩行器	<input type="checkbox"/> シルバーカー	<input type="checkbox"/> 車椅子	<input type="checkbox"/> 寝たきり
食事	<input type="checkbox"/> 自力摂取	<input type="checkbox"/> 半介助	<input type="checkbox"/> 全介助	<input type="checkbox"/> とろみ剤の使用
	<input type="checkbox"/> 経管栄養	<input type="checkbox"/> 食事制限		
排泄	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	<input type="checkbox"/> Pトイレ
	<input type="checkbox"/> パッド	<input type="checkbox"/> 紙パンツ	<input type="checkbox"/> 紙おむつ	
入浴	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 半介助	<input type="checkbox"/> 全介助	<input type="checkbox"/> 機械浴
その他				

物忘れ	<input type="checkbox"/> 自分の名前が言えない （ 言える ・ 時々言えない ・ 言えない ）			
	<input type="checkbox"/> 自分の生年月日、年齢が言えない （ 言える ・ 時々言えない ・ 言えない ）			
	<input type="checkbox"/> 数分前の事を忘れる （ 忘れる ・ 時々忘れる ・ 忘れない ）			
	<input type="checkbox"/> 同じことを繰り返し言ったり、行う （ ない ・ 時々ある ・ ある ）			
	<input type="checkbox"/> 人物がわからない （ わかる ・ 家族はわかる ・ わからない ）			
	<input type="checkbox"/> 自宅や施設の場所が判断できない （ 判断できる ・ 判断できない ）			
	<input type="checkbox"/> 外出すると一人で自宅に戻れない （ 戻れる ・ 戻れない ・ 外出しない ）			
	<input type="checkbox"/> 認知症の診断 （ 有⇒アルツハイマー ・ 血管性 ・ レビー小体 ・ その他 ・ 不明 ）			
行動	<input type="checkbox"/> 徘徊	<input type="checkbox"/> 被害妄想	<input type="checkbox"/> 暴力行為	<input type="checkbox"/> 介護拒否
	<input type="checkbox"/> 不潔行為(便や尿に触れる等)		<input type="checkbox"/> 大声・奇声(大きな音をたてる)	<input type="checkbox"/> 昼夜逆転
その他				

入所申込者の医療情報を教えてください。

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

浜松中央長上苑 ショートステイ 料金表（1日あたり）

R5.8.1～

	介護保険（送迎は含まれていません）			滞在費	食費	おやつ代	日用諸費	1日あたり
	基本料	加算	計					合計
要支援1	523	30	633	2,550	1,670	70	200	5,123
要支援2	649	30	777	2,550	1,670	70	200	5,267
要介護1	696	60	865	2,550	1,670	70	200	5,355
要介護2	764	60	943	2,550	1,670	70	200	5,433
要介護3	838	60	1,028	2,550	1,670	70	200	5,344
要介護4	908	60	1,108	2,550	1,670	70	200	5,598
要介護5	976	60	1,187	2,550	1,670	70	200	5,677

注) 計は処遇改善加算と地域区分上乘せ・人件費割合を乗じた金額となっています。

注) 介護保険の基本料は併設型ユニット短期入所生活介護費（I）で算定しています。

加           算	サービス提供体制強化加算Ⅱ	18
	看護体制加算Ⅰ（要介護のみ加算）	4
	看護体制加算Ⅱ（要介護のみ加算）	8
	夜勤職員配置加算Ⅱ（要介護のみ加算）	18
	機能訓練体制加算	12
	送迎（片道・該当時）	184
	療養食（該当時）	23
	緊急短期入所受入加算（該当時）	90
	処遇改善加算Ⅰ @単位数の合計にサービス別加算率（0.083）を乗じた単位数	
	特定処遇改善加算Ⅰ @単位数の合計にサービス別加算率（0.027）を乗じた単位数	
	介護職員等 <sup>ハ</sup> -スラップ等支援加算 上記@単位数の合計にサービス別加算率（0.016）を乗じた単位数	

注) 金額は単位数の合計に、地域区分上乘せ割合・人件費割合（1.017）を乗じた額になります。

利	食費	朝	470
		昼	620
		夕	580
用	おやつ		70
	滞在費		2,550
	日用諸費		200
	教養娯楽費		実費
	送迎実施地域（旧浜松市）以外の交通費		実費

1 キャンセルは前日の午後5時までにお問い合わせください。それ以降にご連絡いただいた場合は1580円をキャンセル料としていただくことになります。

2 日用品費はタオル、おしぼり、ティッシュペーパー、シャンプー、などが含まれています。

3 送迎実費地域を超えた地点から1kmあたり30円で換算します。

《利用者負担軽減について》

当施設には軽減制度があります。詳しくはケアマネジャー又は生活相談員にご確認ください。