

第三長上苑入所 利用者負担額（1割負担 概算）

	介護保険			居住費 2,250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	20,108	5,448	25,556	67,500	50,100	2,100	6,000	151,256	5,042
要介護2	22,207	5,713	27,920	67,500	50,100	2,100	6,000	153,620	5,121
要介護3	24,427	5,993	30,420	67,500	50,100	2,100	6,000	156,120	5,204
要介護4	26,587	6,265	32,852	67,500	50,100	2,100	6,000	158,552	5,285
要介護5	28,656	6,526	35,181	67,500	50,100	2,100	6,000	160,881	5,363

加算項目：精神科医師、看護体制Ⅰ、科学的介護推進体制加算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、褥瘡マネジメント加算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%）、介護職員等ベースアップ等支援加算（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。

第三長上苑入所 利用者負担額（1割負担 概算）

	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	1日あたり 日額合計
	基本	加算	計						
要介護1	20,108	5,448	25,556	39,300	40,800	2,100	6,000	113,756	3,792
要介護2	22,207	5,713	27,920	39,300	40,800	2,100	6,000	116,120	3,871
要介護3	24,427	5,993	30,420	39,300	40,800	2,100	6,000	118,620	3,954
要介護4	26,587	6,265	32,852	39,300	40,800	2,100	6,000	121,052	4,035
要介護5	28,656	6,526	35,181	39,300	40,800	2,100	6,000	123,381	4,113

加算項目：精神科医師、看護体制Ⅰ、科学的介護推進体制加算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、褥瘡マネジメント加算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%）、介護職員等ベースアップ等支援加算（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。

第三長上苑入所 利用者負担額（1割負担 概算）

	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	1日あたり 日額合計
	基本	加算	計						
要介護1	20,108	5,448	25,556	39,300	19,500	2,100	6,000	92,456	3,082
要介護2	22,207	5,713	27,920	39,300	19,500	2,100	6,000	94,820	3,161
要介護3	24,427	5,993	30,420	39,300	19,500	2,100	6,000	97,320	3,244
要介護4	26,587	6,265	32,852	39,300	19,500	2,100	6,000	99,752	3,325
要介護5	28,656	6,526	35,181	39,300	19,500	2,100	6,000	102,081	3,403

加算項目：精神科医師、看護体制Ⅰ、科学的介護推進体制加算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、褥瘡マネジメント加算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%）、介護職員等ベースアップ等支援加算（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。

第三長上苑入所 利用者負担額（1割負担 概算）

	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	20,108	5,448	25,556	24,600	11,700	2,100	6,000	69,956	2,332
要介護2	22,207	5,713	27,920	24,600	11,700	2,100	6,000	72,320	2,411
要介護3	24,427	5,993	30,420	24,600	11,700	2,100	6,000	74,820	2,494
要介護4	26,587	6,265	32,852	24,600	11,700	2,100	6,000	77,252	2,575
要介護5	28,656	6,526	35,181	24,600	11,700	2,100	6,000	79,581	2,653

加算項目：精神科医師、看護体制Ⅰ、科学的介護推進体制加算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、褥瘡マネジメント加算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%）、介護職員等ベースアップ等支援加算（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。

「第二長上苑・第三長上苑」入所までの流れ

入所申込者	施設（第二長上苑・第三長上苑）
<div data-bbox="233 327 753 398" style="border: 1px solid black; text-align: center;">入所の申込</div> <p data-bbox="233 398 794 470">同封の「入所申込書」を施設に提出して下さい。</p>	<div data-bbox="833 327 1385 398" style="border: 1px solid black; text-align: center;">入所申込者名簿の作成</div> <p data-bbox="833 398 1385 577">「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。</p> <div data-bbox="833 622 1385 694" style="border: 1px solid black; text-align: center;">優先入所順位の決定</div> <p data-bbox="833 694 1385 882">入所申込時の情報などを基に、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。</p>
<div data-bbox="233 936 1385 1008" style="border: 1px solid black; text-align: center;">入所申込者への訪問調査等</div>	
<p data-bbox="233 1008 1385 1187">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。ご自宅又はご利用施設へ訪問させて頂きます。 ※ 訪問先が事業所の場合、ご家族様よりその旨を施設へ伝えて頂き、確認後、こちらから先方施設へ連絡し、日程調整を行います。 ※ 都合で立会が出来ない場合はお申し出ください。</p>	
<div data-bbox="233 1496 753 1568" style="border: 1px solid black; text-align: center;">入所準備</div> <p data-bbox="233 1568 794 1639">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。</p>	<div data-bbox="833 1232 1385 1303" style="border: 1px solid black; text-align: center;">結果通知</div> <p data-bbox="833 1303 1385 1375">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。</p> <div data-bbox="833 1420 1385 1491" style="border: 1px solid black; text-align: center;">入所説明・仮契約</div> <p data-bbox="833 1491 1385 1563">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。</p>
<div data-bbox="233 1693 1385 1765" style="border: 1px solid black; text-align: center;">入所</div>	
<p data-bbox="233 1765 1385 1836">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。</p> <ul data-bbox="233 1836 1385 2139" style="list-style-type: none">※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第二・第三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2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。）※4. 1年毎に入所申込継続の確認をさせて頂きます。	

特別養護老人ホーム 第二長上苑 第三長上苑 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. すぐにでも入所したい(口 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
認知症の具体的症状	IIIa IIIb IV M					
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	(歳)		続 柄	介護者
住 所	〒 (-)		TEL	
(フリガナ) 氏 名	(歳)		続 柄	介護者
住 所	〒 (-)		TEL	
(フリガナ) 氏 名	(歳)		続 柄	介護者
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

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 （ 言える ・ 時々言えない ・ 言えない ）			
	<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"/> 人物が分からない （ 解る ・ 家族は解る ・ 解らない ）			
	<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 ()	