

入所希望の皆様へ

社 会 福 祉 法 人 天 佑
特 別 養 護 老 人 ホ ー ム ア ン ミ ッ コ

申込書類の送付について

拝啓 時下ますますご清祥のこととお慶び申し上げます。

さて、このたびは当施設への入所につきまして、お問い合わせをいただき、誠にありがとうございます。

つきましては、下記の書類を送付させていただきますので、ご査収願います。

なお、送付書類のうち、入所利用料金表につきましては、送付時点のものであり、介護報酬の改定や施設事情により変更される場合がありますことを了承願います。

敬具

記

【送付書類】

1. 入所申込について
2. 入所申込書（その1・その2）
3. 入所利用料金表
4. 特別養護老人ホーム入所申込取り下げ書

※ 入所申込を取り下げる場合、この文書にて当施設までお知らせ下さい。

以上

問合せ先

〒359-0002

埼玉県所沢市中富1639-3

☎ 04-2990-2200

fax 04-2990-2205

URL : <http://www.ammicco.or.jp>

E-mail : info@ammicco.or.jp

入所の申し込みについて

このたびは、当施設への入所をご希望いただきありがとうございます。

申し込みは、入所申込書にご記入の上、添付書類とともにご提出いただきますが、詳細については以下の通りです。

〈ご提出いただく書類〉 ご提出は郵送・ご持参どちらでも構いません。

1. 特別養護老人ホーム入所申込書(その1・その2)
2. 介護保険被保険者証の写し
3. 認定調査票の写し(所沢市内の方は同意書をご記入下さい)
4. サービス利用票の写し(直近3ヶ月分)
※施設に入所されている場合には、『介護サービス計画書』の写し
5. 特別養護老人ホーム入所申込取り下げ書
※ 入所申込を取り下げる場合、この文書にて当施設までお知らせ下さい。

〈入所者の決定について〉

入所者は、申し込みをされた方について、指針に基づき入所検討委員会にて優先順位を決定し、順位が上位の方から状況等の調査を行い決定します。

・参考:埼玉県特別養護老人ホーム優先入所指針(一部抜粋)

(入所順位の評価基準)

施設は、次の項目について「入所順位の評価基準」に基づき点数化し、合計点数の高い順に優先順位をつける。

- ア 介護の必要性の程度及び心身の特性
- イ 介護者の状況
- ウ 在宅介護の状況
- エ 本人の住所地

なお、この方法で順位付けが困難な場合には、更に次の項目を順次勘案し、優先順位をつける。

- ア 待機期間(長短の順)
- イ 年齢(高い順)

ご不明な点などございましたら、施設までお問い合わせ下さい。

※ 要介護度3・4・5以外で申し込みされる方は事前にご相談ください

【提出・問合せ先】

特 別 養 護 老 人 ホ ー ム ア ン ミ ッ コ
〒359-0002

埼 玉 県 所 沢 市 中 富 1 6 3 9 - 3

Tel 04-2990-2200

Fax 04-2990-2205

担当:秋山・谷本・黒川

URL: <http://www.ammicco.or.jp>

E-mail: info@ammicco.or.jp

(2017.4様式1)

特別養護老人ホーム アンミッコ 優先入所申込書(その1)

申 込 日	令和 年 月 日
受 付 日	令和 年 月 日

【申込者】

特別養護老人ホーム アンミッコ 施設長

住 所	〒	
(ふりがな)		本人との関係
氏 名		
電 話 番 号	自 宅	()
	携 帯	()

特別養護老人ホームへ優先入所したいので、次のとおり申し込みます。

本	(ふりがな) 氏 名		性別	保 険 者	
			男	被保険者番号	
人	生年月日	明・大・昭 年 月 日 (歳)	女	要介護度	1・2・3・4・5
	住 所	〒	介 護 認 定 期 間	年 月 日から 年 月 日まで	
の	現在利用している 在宅サービスの 状況	1 訪問介護 ()	6 通所リハビリテーション ()		
		2 訪問入浴介護 ()	7 短期入所生活介護 ()		
状	優先入所を 希望する 理由	3 訪問看護 ()	8 短期入所療養介護 ()		
		4 訪問リハビリテーション ()	9 福祉用具の貸与・購入費の支給 ()		
況		5 通所介護 ()	10 その他 ()		
		認知症等による不適応行動	1 非常に多い	2 やや多い	3 少しあり
	医療的措置の状況	【現在治療中の病気等】			
		1 介護者がいないため ()			
		2 介護者がいるが障害や疾病の状況にあり介護が困難なため ()			
		3 介護者がいるが高齢等のため十分な介護が困難なため ()			
		4 介護者がいるが就業しているため十分な介護が困難なため ()			
		5 介護者がいるが育児又は家族が病気の状況にあり十分な介護が困難なため ()			
		6 介護保険施設に入所しているが替わりたい ()			
		7 その他 ()			

特別養護老人ホーム アンミッコ 優先入所申込書(その2)

介 護 者 の 状 況	主たる 介護者	(ふりがな) 氏名		性別	本人との関係	
		生年月日	明・大・昭・平 年 月 日 (歳)			
		同居の区分	1 同居 2 別居()			
	従たる 介護者	(ふりがな) 氏名		性別	本人との関係	
		同居の区分	1 同居 2 別居()			
		介護の可能性	介護困難 ・ 多少介護可能 ・ 介護可能			
	介護期間					
	主たる介護者の就労状況	主たる介護者の育児の状況		主たる介護者の健康状態		
	有 (常勤・パート)	有(人 歳)		良好 不良 ()		
	無	無		主たる介護者の家族の健康状態 良好 不良 ()		
そ の 他	優先入所を希望する時期	1 今すぐ入所したい 2 年 月頃までには入所したい				
	申し込みの状況	1 当該施設のみ申し込む 2 他の施設に申し込んでいる 所在地: 施設名:				
	待機期間	年 月				
	居宅において日常生活を行うことが困難であることについてのやむを得ない事由 (要介護度1又は2のみ記載)	<input type="checkbox"/> 認知症である者であって、日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁に見られる <input type="checkbox"/> 知的障害・精神障害等を伴い、日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さ等が頻繁に見られる <input type="checkbox"/> 家族等による深刻な虐待等が疑われること等により、心身の安全・安心の確保が困難である <input type="checkbox"/> 単身世帯である、同居家族が高齢又は病弱である等により家族等による支援が期待できず、かつ、地域での介護サービスや生活支援の供給が不十分な状況である				
説明 確認	私は、優先入所申込の際、入所決定の手続き及び入所の必要性を評価する基準等について施設から説明を受けました。 令和 年 月 日 氏名: _____					

※1 認定調査表(写)、被保険者証(写)、サービス利用表(写)を添付してください。

※2 現在利用している在宅サービスの状況の()内には、その具体的内容を記入してください。

※3 優先入所を希望する理由の()内には、その具体的理由を記入してください。

※4 必要性がなくなった場合は、別紙「特別養護老人ホーム優先入所申込取り下げ書」を提出してください。

※5 申込み内容に変更が生じた場合は、施設に連絡し指示を受けてください。

特別養護老人ホーム アンミッコ 入所利用料金表

2022/10/1~

1. 基本料金表 (共通の利用料)

~ユニット型個室~

(円)

	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
ユニット型介護福祉施設サービス費	652	720	793	862	929
個別機能訓練加算			12		
日常生活継続支援加算			46		
看護体制加算 (I) □			4		
看護体制加算 (II) □			8		
夜勤職員配置加算 (II) □			18		
栄養マネジメント強化加算			11		
初期加算			30		
介護職員処遇改善加算	65	70	77	82	88
介護職員等特定処遇改善加算	23	25	27	29	31
科学的介護推進体制加算 LIFEへの登録			50		
□口腔衛生管理加算Ⅱ (月)			110		
①小計 (1割負担の30日分)	26,928	29,258	31,760	34,124	36,415
食費負担日額 ※1			1,700		
居住費日額 ※1			3,000		
②小計(30日分)			141,000		
日常生活費(月)※2			7,890		
合計	175,818	178,148	180,650	183,014	185,305

(介護保険負担割合1割の場合です、2・3割の場合は『①小計』が2倍3倍額となります)

※1食費・居住費に介護保険負担限度額認定を受けられた場合の月額利用料例 (日用品費込、月額30日分です)

	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
第1段階	68,418	70,748	73,250	75,614	77,905
第2段階	71,118	73,448	75,950	78,314	80,605
第3段階 ①	93,618	95,948	98,450	100,814	103,105
第3段階 ②	114,918	117,248	119,750	122,114	124,405

2. 加算利用料 (施設体制整備の届出及びお客様の状況・要望に応じて加算する利用料)

費目	金額	内容
初期加算	30円/日	入所後、30日以内加算
個別機能訓練加算	13円/日	科学的介護推進体制加算 (II) 50円
日常生活継続支援加算	47円/日	看取り介護加算 74円/日 (45日~31日) 148円/日 (4日~30日) 667円/日 (前日・前々日) 1315円/日 (当日)
看護体制加算 (I) 2	4円/日	
看護体制加算 (II) 2	8円/日	介護職員処遇改善加算 (I) 介護職員等特定処遇改善加算 介護職員等ベースアップ等支援加算 利用単位数の 1000分の83で計算 1000分の27で計算 1000分の16で計算 /日
夜勤職員配置加算 (II) □	18円/日	
栄養マネジメント強化加算	11円/日	□口腔衛生管理加算 (月1回) 110円
退所前・後訪問相談援助加算	461円/回	外泊時在宅サービス利用 575円
再入所時栄養連携加算	205円/回	褥瘡マネジメント加算 (I, II) (月1回) 163円
療養食加算	6円/回	医師の指示に基づく療養食の提供を受けた場合

(介護保険負担割合1割の場合です、2・3割の場合はそれぞれ2倍3倍額となります)

3. その他料金

費目	金額	内容
理美容料	実費	理美容サービスを利用した場合
預り金管理サービス	100円/日	通帳の出納管理、年金等の申請代行及び小口現金の出納管理を行った場合
余暇活動費	実費	実費をご負担いただきます
電気製品個別使用料	200円/月	テレビ・冷蔵庫（個人で使用する持ち込みのもの）
	200円/月	オーディオ製品（個人で使用する持ち込みのもの）
	200円/月	電気あんか（個人で使用する持ち込みのもの）
	200円/月	電気毛布（個人で使用する持ち込みのもの）
	200円/月	パソコン（個人で使用する持ち込みのもの）
診断書	3,240円/通	ご希望により診断書等の発行を行った場合
死亡診断書	5,400円/通	死亡診断書等の発行を行った場合
その他各種証明書等	実費	ご希望より各種証明書類の発行を行った場合

食費負担額と居住費には、限度額認定制度により軽減措置があります。所得段階により負担額が変わります。（食費・居住費に介護保険負担限度額認定を受けられた場合の月額利用料例を参照してください。）

	第1段階	第2段階	第3段階 ①	第3段階 ②
食費負担額	300円	390円	650円	1,360円
居住費	820円	820円	1,310円	1,310円

※2日用品費は、入居者様が日常生活上必要とするもので当施設が提供した場合に徴収させていただきます。

日用品費内容： 歯ブラシ・歯磨き粉・ハミグッド・入れ歯洗浄剤・入れ歯ケース・ハンドクリーム・化粧水・保湿ローション・BOXティッシュ・マグカップ・水のみ・綿棒、トイレットペーパー、タオル（清拭、洗顔用等）、バスタオル、お手拭 など

*領収書は大切に保管ください。介護保険負担金は、高額介護サービス費と医療費控除の対象となります。

【ご入所に際してのお願い】

：アンミッコでの生活支援をさせていただく上で、ご利用者、ご家族の関わりや、思い・こだわり等、支援計画の基本情報とさせて頂きたく、下記の項目についてのご記入をお願い致します。

◆ご入所されるご本人についてご記入下さい。

氏名	男・女	生年月日	T・S・H	年	月	日	故郷	
※ご入所の経緯についてご記入下さい。								
記入者氏名		続柄		同居・別居		兄弟・姉妹		人

◆あなたが（幼少期から）感じてこられたご入所者の性格・大切にされてこられた生活心情、日常の生活習慣
こだわり等、具体的にご記入下さい。（あなたの幼少期からの関わりも含む）

--

◆施設生活について希望されることをご記入下さい。

--

◆終末期について（具体的に）ご記入下さい

考えている	
考えていない	

特別養護老人ホーム入所申込取り下げ書

令和 年 月 日

特別養護老人ホーム アンミッコ
施設 長 様

申込者

住 所

氏 名

印

私は、先に提出した「特別養護老人ホーム入所申込書」を下記のとおり取り下げます。

記

1 申し込み日

年 月 日

2 入所希望者

住 所

氏 名

3 取り下げる理由

以 上

同意書

所沢市長 様

介護老人福祉施設への入所判定に際し、必要な書類〔認定調査票(基本調査)〕について下記の施設に対し情報提供することに同意します。

令和 年 月 日

被保険者住所:

被保険者氏名:

印

被保険者番号:

連絡先:

記

介護老人福祉施設名:	特別養護老人ホーム アンミッコ
所在地:	埼玉県所沢市中富1639-3
施設長名:	今久仁子
連絡先:	04-2990-2200

令和 年 月 日

情報提供書

施設長 様

所沢市長 藤本 正人

過日情報提供依頼のありました下記被保険者の情報提供をいたします。

記

被保険者住所:

被保険者氏名:

被保険者番号: