

## 入所申込について

入所申込書兼状況調査票に必要事項をご記入の上、介護保険被保険者証（写し）と、健康診断書等の写しを添付し、お申込みいただきます。

※「健康診断書等の写し」・・・これまでに主治医の先生にご依頼された診断書の写しや要介護認定時及び更新時に主治医の先生に書いて頂いている、意見書相当の、身体状況が分かる物。

お申込みいただきました順に、仙台市の優先入所指針により点数化して待機をしていただきます。又、お申込み後に、入所を希望されるご本人の状況（要介護度・心身の状況）及び介護を行っている方の状況などに変化があった場合は、ご一報いただきたいと思います。点数の再考をさせていただきます。

ご不明な点がございましたら、施設生活相談員へお問い合わせください。

特別養護老人ホームアルテイル宮町

特別養護老人ホーム アルテイル宮町 施設利用料金表

サービス種別：ユニット型地域密着型介護老人福祉施設サービス費（Ⅰ）

地域区分：6級地 10.27

【保険対象】（1日あたり）

項目	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
単位	625単位	691単位	762単位	828単位	894単位
1. 入居者のサービス利用料金	6,418円	7,096円	7,825円	8,503円	9,181円
2. 内介護保険から給される額 （上段9割、下段8割）	5,776円 5,134円	6,386円 5,676円	7,042円 6,260円	7,652円 6,802円	8,262円 7,344円
3. サービス利用に係る自己負担額 （上段1割、下段2割）	642円 1,284円	710円 1,420円	783円 1,565円	851円 1,701円	919円 1,837円

【保険対象加算】（1日あたり又は1月あたり）

※ その他の加算は施設体制及び加算算定条件を満たした場合に算定させていただきます。

算定条件を満たし算定させて頂く場合は、事前にご説明を行います。

※ 下記表は1日単位での計算の為、月計算の場合に誤差が生じる場合があります。

算定	項目	単位	負担金額	
			1割	2割
	4. 栄養ケアマネジメント加算	14単位	15円	29円
	5. 日常生活継続支援加算Ⅱ	46単位	48円	95円
○	6. 夜勤職員配置加算Ⅱ	46単位	48円	95円
	7. 看護体制加算Ⅰ	12単位	13円	25円
	8. サービス提供強化加算Ⅰイ	18単位	19円	37円
○	サービス提供強化加算Ⅰロ	12単位	13円	25円
	サービス提供強化加算Ⅱ	6単位	7円	13円
	サービス提供強化加算Ⅲ	6単位	7円	13円
△	9. 外泊時費用加算	246単位	253円	506円
	10. 療養食加算	18単位	19円	37円
	11. 個別機能訓練加算	12単位	13円	25円
	12. 経口移行加算	28単位	29円	58円
	13. 経口維持加算Ⅰ	400単位（1月あたり）	411円	822円
	14. 経口維持加算Ⅱ	100単位（1月あたり）	103円	206円

重要事項説明書 別紙

△	15. 初期加算	30 単位	31 円	62 円
△	16. 看取り介護加算	死亡日 1,280 単位	1,315 円	2,629 円
		前日・前々日 680 単位 (1 日あたり)	699 円	1,397 円
		4~30 日前 144 単位 (1 日あたり)	148 円	296 円
○	17. 介護職員処遇改善加算 I	総介護保険請求単位×5.9%		
	介護職員処遇改善加算 II	総介護保険請求単位×3.3%		
	介護職員処遇改善加算 III	総単位数×3.3%×90%		
	介護職員処遇改善加算 IV	総単位数×3.3%×80%		
	18. 若年性認知症入所者受入加算	120 単位	124 円	247 円
	19. 口腔衛生管理体制加算	30 単位 (1 月につき)	31 円	62 円
	20. 口腔衛生管理加算	110 単位 (1 月につき)	113 円	226 円
	21. 退所前訪問相談援助加算	460 単位	473 円	945 円
	22. 退所後訪問相談援助加算	460 単位	473 円	945 円
	23. 退所時相談援助加算	400 単位	411 円	822 円
	24. 退所前連携加算	500 単位	514 円	1,027 円
	25. 認知症専門ケア加算 (I)	3 単位	3 円	6 円
	26. 認知症専門ケア加算 (II)	4 単位	5 円	9 円
	27. 認知症行動・心理症状緊急対応加算	200 単位 (7 日を限度として 1 日につき)	206 円	411 円
	28. 障害者生活支援体制加算	26 単位)	27 円	54 円
	29. 在宅復帰支援機能加算	10 単位	11 円	21 円
	30. 在宅・入所相互利用加算	40 単位	41 円	82 円
	31. その他の加算			
	常勤医師 1 名以上配置	25 単位	26 円	52 円
	精神科医師の療養指導 (月 2 回以上)	5 単位	6 円	11 円

※ 6、8、17・・・算定条件を満たす為、算定させて頂いております。

算定している加算合計単位数 58 単位 (1 日あたり)

※ 9・・・・・・・・・・外泊時又は入院時に算定させて頂きます。

※ 15・・・・・・・・・・入所日より 30 日又は退院後 30 日間に算定させて頂きます。

※ 16・・・・・・・・・・算定条件を満たした場合に算定させて頂きます。

**【保険対象外】**

項目	負担金額	詳細
40. 食費	1,380 円	食事代（負担軽減制度あり）
41. 居住費	1,970 円	ユニット型個室料金（負担軽減制度あり）
42. 行事食代	実費	重要事項説明書の通り
43. 散髪代	実費	重要事項証明書の通り
44. 預り金管理料	2,000 円（税別）	預り金保管等管理料
45. その他嗜好品等	実費	重要事項証明書の通り

**【負担軽減制度】**

段階	40. 食事に係る 自己負担額	41. 居住費に係 る自己負担額	詳細
被保険者 第1段階	300 円	820 円	市町村民税世帯非課税の老齢福祉年金受給者・ 生活保護受給者
被保険者 第2段階	390 円	820 円	市町村民税世帯非課税であって、課税年金収入 額と合計所得金額の合計が 80 万円以下の方
被保険者 第3段階	650 円	1,310 円	本人及び世帯全員が市町村民税非課税で、利用 者負担第2段階以外の方
被保険者 第4段階	1,380 円	1,970 円	利用者負担第1～3段階以外の方

【月利用料金】

項目	要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5
(A) 施設サービス費単位数 (i) 単位×30日	18,750	20,730	22,860	24,840	26,820
(B) 施設対応加算単位数 (ii) 58 単位×30日	1,740	1,740	1,740	1,740	1,740
(C) 処遇改善加算単位数 ((i) + (ii)) × 5.9%	1,209	1,326	1,451	1,568	1,685
総単位数 (A) + (B) + (C)	21,699	23,796	26,051	28,148	30,245
①1ヶ月の介護保険料 (介護保険 上1割、下2割)	22,285 円 44,570 円	24,439 円 48,877 円	26,755 円 53,510 円	28,909 円 57,817 円	31,062 円 62,124 円
②食費代 第1段階	9,000 円				
③ 第2段階	11,700 円				
④ 第3段階	19,500 円				
⑤ 第4段階	41,400 円				
⑥居住費 第1段階	24,600 円				
⑦ 第2段階	24,600 円				
⑧ 第3段階	39,300 円				
⑨ 第4段階	59,100 円				
⑩預り金管理料 (課税対象)	2,000 円 (税別)				
1ヶ月のご利用料					
被保険者第1段階の方 ①+②+⑥+⑩	57,8852 円	60,039 円	62,355 円	64,509 円	66,662 円
被保険者第2段階の方 ①+③+⑦+⑩	60,585 円	62,739 円	65,055 円	67,209 円	69,362 円
被保険者第3段階の方 ①+④+⑧+⑩	83,085 円	85,239 円	87,555 円	89,709 円	91,862 円
被保険者第4段階の方 ①+⑤+⑨+⑩ ※ i	124,785 円 147,070 円	126,939 円 151,377 円	129,255 円 156,010 円	131,409 円 160,317 円	133,562 円 164,624 円

※ 1ヶ月を30日として計算。

※ 単位により計算しておりますので誤差が生じる場合があります。

※ ⑩預り金管理料は課税対象となります。

※ 上記金額に預り金管理料の消費税分が加算されます。又、医師による診療費、薬代、散髪代、行事食代等その他の費用は含まれておりません。

※ i 被保険者第4段階の方は、負担1割と2割の場合があります。上記表参照。

**【加算算定要件】**

**◆栄養マネジメント加算**

常勤の管理栄養士を1名以上配置しており、栄養ケア計画を作成し栄養管理を行い、栄養状態を定期的に記録・評価し当該計画の見直しを行なっている場合。

**◆日常生活継続支援加算**

入所者総数のうち、要介護状態区分が4若しくは5の占める割合が70%以上。又は、認知症の入所者が65%以上、たんの吸引等が必要な利用者の割合が15%以上である。介護福祉士の数が常勤換算方法で、入所者の数が6又はその端数を増すごとに1人以上である場合。

**◆夜勤職員配置加算（Ⅱ）**

夜勤を行う介護職員又は看護職員の数が、最低基準を1以上上回っており、ユニット型地域密着型介護福祉施設サービス費を算定している場合。

**◆看護体制加算（Ⅰ）イ**

常勤の看護師を1名以上配置であること。また、ユニット型地域密着型介護福祉施設サービス費を算定している場合。

**◆看護体制加算（Ⅱ）イ**

看護師を常勤換算方法で2名以上配置であること。また、ユニット型地域密着型介護福祉施設サービス費を算定している場合。24時間連絡できる体制を整えている場合。

**◆サービス提供強化加算**

- ・サービス提供強化加算（Ⅰイ）

施設の介護職員のうち介護福祉士の割合が60%以上の場合に算定。

- ・サービス提供強化加算（Ⅰロ）

施設の介護職員のうち介護福祉士の割合が50%以上の場合に算定。

- ・サービス提供強化加算（Ⅱ）

施設の看護、介護職員の総数の内、常勤職員の占める割合が100分の75以上の場合。

- ・サービス提供強化加算（Ⅲ）

入所者に直接提供する職員の内、勤続年数3年以上の者の占める割合が100分の30以上の場合。

**◆初期加算**

入所した日から起算して30日以内の期間の場合。（1日につき30単位加算させていただきます。）

◆外泊時費用加算

入所者が病院又は診療所への入院を要した場合及び入所者に対して居宅における外泊を認めた場合は、1月に6日を限度として所定単位数に代えて1日につき246単位を算定。(ただし、入院又は外泊の初日及び最終日は、算定できない。)

◆療養食加算

疾病治療の直接手段として、主治医の発行する食事せんに基づいて治療食(糖尿病食、腎臓病食、肝臓病食、胃潰瘍食、貧血食、膵臓病食、脂質異常症食、痛風食及び特別な場合の検査食)を提供した場合。

◆若年性認知症入所者受入加算

若年性認知症利用者ごとに個別に担当者を定め、その者を中心に当該利用者の特性やニーズに応じたサービス提供を行っている場合。

◆経口移行加算

医師の指示に基づき各種専門職員が共同して、現に経管により食事を摂取している入所者ごとに経口移行計画を作成している場合に、計画が作成された日から起算して180日以内の期間に限り算定。ただし、栄養ケアマネジメントを算定している場合、算定可。(医師の指示の基づき継続して経口による食事の摂取を進めるための栄養管理が必要な場合は引き続き算定致します。)

◆経口維持加算

指定地域密着型介護老人福祉施設において、経口により食事を摂取する者であり、摂食機能障害を有し、誤嚥が認められる入所者に対し栄養管理を行った場合に算定する。(ただし、経口移行加算を算定している場合又は栄養ケアマネジメントを算定していない場合を除く。計画が作成された月から起算して6カ月以内の期間に限り算定する。)

・経口維持加算Ⅰ

医師又は歯科医師の指示に基づき各種職員が共同して摂食機能障害を有し、誤嚥が認められる入所者ごとに栄養管理をするための食事の観察及び会議等を行い経口維持計画を作成している場合。

・経口維持加算Ⅱ

協力歯科医療機関を定めている指定地域密着型介護老人保健施設が経口維持加算Ⅰを算定している場合であり、入所者の経口による継続的な食事の摂取を支援するための食事の観察及び会議等に医師、歯科医師、歯科衛生士又は言語聴覚士が加わった場合。

◆**口腔衛生管理体制加算**

歯科医師又は歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が介護職員に対する口腔ケアに係る技術的助言及び指導を月1回以上行っている場合。

◆**口腔衛生管理加算**

歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が入所者に対し口腔ケアを月4回以上行った場合。

◆**個別機能訓練加算**

入所者ごとに個別機能訓練計画を作成し、計画に基づき計画的に機能訓練を行っている場合。

◆**退所時等相談援助加算**

イ) 退所前訪問相談援助加算

入所者の退所に先立って、入所者が退所後生活する居宅を訪問して退所後の居宅サービス等について相談援助を行った場合。

ロ) 退所後訪問相談援助加算

入所者の退所後30日以内に入所者の居宅を訪問して相談援助を行った場合。

(1回に限り算定する。)

ハ) 退所時相談援助加算

食事、入浴、健康管理等生活に関する相談援助、運動機能及び日常生活動作能力の維持及び向上の相談援助、家屋の改善、介助方法に関する相談援助を行った場合。

ニ) 退所前連携加算

退所に先立って居宅介護支援事業者の介護支援専門員と連携し、退所後の居宅における居宅サービスの利用上必要な調整を行った場合。

※イ)、ロ)は介護支援専門員、生活相談員、看護職員、機能訓練指導員又は医師が協力して行う。

◆**認知症専門ケア加算**

日常生活自立度のランクⅢ、Ⅳ又はMに該当する利用者に対し専門的な認知症ケアを行った場合。

・認知症専門ケア加算(Ⅰ)

入所者総数のうち対象者の占める割合が2分の1以上及び専門的な研修を修了している者を配置している場合。

・認知症専門ケア加算(Ⅱ)

上記加算に加え認知症ケアに関する研修計画を作成、実施している場合。

◆**認知症行動・心理症状緊急対応加算**

医師が認知症の行動・心理症状が認められるため、在宅での生活が困難であり緊急に入所するこ



と適当であると判断した者に対して、入所した日から起算して7日を限度として算定。

◆看取り介護加算

基準に該当する職員配置及び家族等の合意、書類の整備等の諸条件を整備し看取り看護を行った場合。

◆介護職員処遇改善加算（Ⅰ）（Ⅱ）（Ⅲ）（Ⅳ）

介護職員の処遇改善を目的とし、処遇改善計画等を作成している場合。

◆障害者生活支援体制加算

視覚、聴覚若しくは言語機能に障害がある者又は知的障害者である入所者の数が15以上である施設において、生活支援に関し専門性を有する者であり障害者生活支援員としての職務に従事する常勤の職員を1名以上配置している場合。

◆在宅復帰支援機能加算

入所者が在宅へ退所するにあたり、入所者の家族との連絡調整及び入所者が利用を希望する居宅介護支援事業者に対して必要な情報の提供、調整を行った場合。

◆在宅・入所相互利用加算

可能な限り対象者が在宅生活を継続できるよう支援する場合。

◆その他の加算

- ・施設の職務に従事する常勤の医師を1名以上配置している場合。
- ・認知症である入所者が全入所者の3分の1以上を占める施設において、精神科を担当する医師による定期的な療養指導が月2回以上行われている場合。

◆減算について

※ユニットにおける職員の員数が基準を満たさない場合。

厚生労働大臣の定める施設基準又は夜勤を行う職員の勤務条件に関する基準を満たさない場合は、所定単位数の100分の97に相当する単位数を算定する。

※身体拘束廃止未実施減算

施設において身体拘束等を行う場合の記録の不整備があった場合は、所定単位数の100分の97に相当する単位数を算定する。

## 入所申込書兼状況調査票

施設名 \_\_\_\_\_

施設長様

次のとおり施設入所を申し込みます。

年 月 日

申請者	氏名(ふりがな)		続柄( )	
	住所	〒 _____		
	電話	( ) _____	明・大・昭 年 月 日生 歳	
本人の状況	介護保険被保険者番号	<small>(健康保険被保険者番号ではありません。お間違いのないようにお願いします。)</small>		
	氏名(ふりがな)		男・女	
	住所	〒 _____		
	電話	( ) _____	明・大・昭 年 月 日生 歳	
	要介護度	3・4・5 [特例入所] 1・2	他の 特養申請状況	件
	現在の状況	在宅・入院中・老人保健施設入所中・その他( )		
	認知症	<p>ある・なし (「ある」方は下記のご記入をお願いします。)</p> <p>次にあげるような症状がありますか？あてはまるものの番号すべてに○をつけてください。</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 記憶力の低下(寸前の記憶がなく、同じ事を繰り返したり、何度も同じ事を聴いたりする。)</li> <li>2. 理解・判断力の低下(言葉や単語の意味を理解することが困難になり、簡単な質問にも答えられないことがある。)</li> <li>3. 見当意識の障害(今の時間や今いる場所、今一緒にいる人までもがわからないことがある。)</li> <li>4. 昼夜逆転(昼間に寝て、夜中になると起きてくることがある。また、不安から真夜中に奇声を発したり、ごそごそと動き回ったりする。)</li> <li>5. 徘徊(はいかい)(目的がなく歩き続けることがある。)</li> <li>6. 幻覚・妄想(「お金をとられた」「食事を与えてくれない」などの実際にはないことを訴える妄想が起こったり、また、見えないものが見えたり、誰もいないのに会話をしたりする。)</li> <li>7. 収集癖(自分のものではない物や、必要でないものなどを持ち帰る行動がみられる。)</li> <li>8. その他( )</li> </ol>		
		認知症高齢者の日常生活自立度	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> Ⅰ <input type="checkbox"/> Ⅱa <input type="checkbox"/> Ⅱb <input type="checkbox"/> Ⅲa <input type="checkbox"/> Ⅲb <input type="checkbox"/> Ⅳ <input type="checkbox"/> Ⅴ	
	病院・施設名	現在右記のような処置を受けていますか？ 受けているものに○を付けて下さい	経管(鼻腔栄養)・胃ろう・在宅酸素・インスリン	
	病名		その他( )	
今すぐ入所する意思がございましたか？	今すぐ・数ヵ月後・数年後			
家族構成	一人暮らし・夫婦二人・家族等と同居・その他( )			

※ここからは、ご本人の介護を行っている方についてお聞きします。

介護を行っている方の状況	氏名(ふりがな)	生年月日(年齢)	続柄(主たる介護者に◎)	同居の有無	仕事の有無
	同居・別居にかかわらず、介護を行なっている方についてお書き下さい。	( )	( )	同居・別居	フルタイム・パート・無
		( )	( )	同居・別居	フルタイム・パート・無
		( )	( )	同居・別居	フルタイム・パート・無
		( )	( )	同居・別居	フルタイム・パート・無
その他介護を行っている方の状況	①介護を行っている方は、障害やご病気がおありですか。病名等をお答えください。(※要支援・要介護認定を受けられていたらそれもお書きください。)		障害・病気が(ある・ない) 病名:		※要支援(1・2) 要介護(1・2・3・4・5)
	身体障害者手帳をお持ちの方は、何級かお答えください。(1級・2級・3級・4級・5級・6級)		障害者名をお書き下さい。		
	療育手帳をお持ちの方はAかBかお答え下さい。		A(重度)・B(中度・軽度)		
	上記以外の場合にお書きください。				
	②複数人の介護・育児をしている・いない		どなたを介護していますか?		
ケアマネジャーはどこに頼んでいますか	居宅介護支援事業者名:		電話番号	ケアマネジャーの氏名	
申し込み理由(特に知らせておきたい事項などがございましたら併せてご記入ください。)					

※要介護1又は2の方は、以下の特例入所の該当要件にチェックの上、理由も記入してください。

特例入所の該当要件	<input type="checkbox"/> 認知症であることにより、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、在宅生活が困難な状態のため <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、在宅生活が困難な状態のため <input type="checkbox"/> 家族等による深刻な虐待が疑われる等により、心身の安全・安心の確保が困難な状態のため <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十分に認められないことにより、在宅生活が困難な状態のため
	(指定介護老人福祉施設以外での生活が著しく困難な理由)

ご本人の状況をより詳しく把握するために、施設が必要な場合は、市町村から要介護者認定に係る認定調査票の情報を提供していただいてもよろしいでしょうか。よろしければ、下記に署名・押印をお願いします。

氏名(本人)

印

代筆者

印

申込をされた後に、入所を希望されるご本人の状況(要介護度・心身の状況等)及び介護を行っている方の状況などに変化があった場合は、入所申込をされた施設に速やかにご連絡されるようお願いいたします。

## 入所申込書兼状況調査票《記載例》

施設名 〇〇園

施設長様

次のとおり施設入所を申し込みます。

平成××年××月××日

申請者	氏名(ふりがな)	(せんたい たろう) 仙 台 太 郎	続柄( 長男 )	
	住所	〒980-0000 仙台市青葉区〇〇-〇〇-〇〇		
	電話	022 (〇〇〇)〇〇〇〇	明・大(昭)47年 7月16日生 42歳	
本人の状況	介護保険被保険者番号	(健康保険被保険者番号ではありません。お間違いのないようにお願いします。) 〇〇〇〇		
	氏名(ふりがな)	(せんたい いちろう) 仙 台 一 郎	(男)・女	
	住所	〒983-〇〇〇〇 仙台市宮城野区〇〇-〇〇-〇〇		
	電話	022 (△△△)△△△△	明・大(昭) 10年 5月 6日生 79歳	
	要介護度	3・4・5 [特例入所] 1・(2)	他の特養申請状況	2 件
	現在の状況	(在宅)・入院中・老人保健施設入所中・その他( )		
	認知症	ある・なし(「ある」方は下記のご記入をお願いします。) 次にあげるような症状がありますか?あてはまるものの番号すべてに○をつけてください。 ①. 記憶力の低下(寸前の記憶がなく、同じ事を繰り返したり、何度も同じ事を聴いたりする。) ②. 理解・判断力の低下(言葉や単語の意味を理解することが困難になり、簡単な質問にも答えられないことがある。) ③. 見当意識の障害(今の時間や今いる場所、今一緒にいる人までもがわからないことがある。) ④. 昼夜逆転(昼間に寝て、夜中になると起きてくることもある。また、不安から真夜中に奇声を発したり、ごそごそと動き回ったりする。) ⑤. 徘徊(はいかい)(目的がなく歩き続けることがある。) ⑥. 幻覚・妄想(「お金をとられた」「食事を与えてくれない」などの実際にはないことを訴える妄想が起こったり、また、見えないものが見えたり、誰もいないのに会話をしたりする。) ⑦. 収集癖(自分のものではない物や、必要でないものなどを持ち帰る行動がみられる。) ⑧. その他( )		
		認知症高齢者の日常生活自立度	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input checked="" type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M	
	病院・施設名	現在右記のような処置を受けていますか? 受けているものに○を付けて下さい	経管(鼻腔栄養)・胃ろう・在宅酸素・(インスリン)	
	病名	糖尿病	その他( )	
今すぐ入所する意思がございましたか?	(今すぐ) 数ヵ月後・数年後			
家族構成	一人暮らし・(夫婦二人) 家族等と同居・その他( )			

※ここからは、ご本人の介護を行っている方についてお聞きします。

介護を行っている方の状況	氏名(ふりがな)	生年月日(年齢)	続柄(主たる介護者に◎)	同居の有無	仕事の有無
	(せんだい はなこ) 仙 台 花 子	S10.6.20(78)	妻 (◎)	同居 別居	フルタイム・パート・無
	(あおば さくら) 青 葉 さくら	S43.8.2 (46)	長女 ( )	同居 別居	フルタイム・パート・無
	( )	( )	( )	同居・別居	フルタイム・パート・無
	( )	( )	( )	同居・別居	フルタイム・パート・無
その他介護を行っている方の状況	①介護を行っている方は、障害やご病気がおありですか。病名等をお答えください。(※要支援・要介護認定を受けられていたらそれもお書きください。)		障害・病気が(ある)ない 病名: 狭心症		※要支援(1・2) 要介護(1・2・3・4・5)
	身体障害者手帳をお持ちの方は、何級お答えください。(1級・2級・3級・4級・5級・6級)		障害者名をお書き下さい。		
	療育手帳をお持ちの方はAかBかお答え下さい。		A(重度)・B(中度・軽度)		
	上記以外の場合にお書きください。				
	②複数人の介護・育児をしている(いない)		どなたを介護していますか？		
ケアマネジャーはどこに頼んでいますか	居宅介護支援事業者名: △△△△センター		電話番号 022-0000-0000	ケアマネジャーの氏名 〇〇 〇〇	
申し込み理由(特に知らせておきたい事項などがございましたら併せてご記入ください。) ※この欄には、〇〇園への入所を希望する理由や、調査票に書ききれなかった事項(たとえば入院している病院から退院を迫られているといった事情など)					

※要介護1又は2の方は、以下の特例入所の該当要件にチェックの上、理由も記入してください。

特例入所の該当要件	<input checked="" type="checkbox"/> 認知症であることにより、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、在宅生活が困難な状態のため <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、在宅生活が困難な状態のため <input type="checkbox"/> 家族等による深刻な虐待が疑われる等により、心身の安全・安心の確保が困難な状態のため <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十分に認められないことにより、在宅生活が困難な状態のため
	<small>(指定介護老人福祉施設以外での生活が著しく困難な理由)</small> * 特例入所要件に関する在宅生活が困難な状態等について、具体的な理由をご記入ください。

ご本人の状況をより詳しく把握するために、施設が必要な場合は、市町村から要介護者認定に係る認定調査票の情報を提供していただいてもよろしいでしょうか。よろしければ、下記に署名・押印をお願いします。

氏名(本人) 仙 台 一 郎 印

代筆者 仙 台 太 郎 印

申込をされた後に、入所を希望されるご本人の状況(要介護度・心身の状況等)及び介護を行っている方の状況などに変化があった場合は、入所申込をされた施設に速やかにご連絡されるようお願いいたします。