

「特別養護老人ホーム神遊」入居申し込みについて

1.入居申込書等の提出期限について

第一次受付

2020年5月15日（金）～7月31日（金）

2.入居申し込みに関する必要事項について

①入居申込書（様式1）

②介護保険被保険者証見開きの写し

③介護保険要介護認定調査票の写し

※各市区町村役所の介護保険担当窓口でお求め下さい。

④介護保険負担割合証の写し

⑤社会福祉法人等利用者負担減額確認証の写し（該当者のみ）

※世帯収入によって、利用料の一部が減免される証明書です。発行にあたり申請と条件がありますので、各市区町村役所の介護保険担当窓口にてお問い合わせ下さい。

⑥介護保険負担限度額認定証の写し（該当者のみ）

※世帯収入によって、滞在費・食費が減免される証明書です。発行にあたり申請と条件がありますので、各市区町村役所の介護保険担当窓口にてお問い合わせ下さい。

⑦介護サービス利用票及び利用票別票の写し（直近3か月分）

※在宅サービスを受けている方のみ提出となります。担当ケアマネージャーより頂いてください。

3.入居可能な方について

①要介護3～5の方

（要介護1・2の方の特例入居を希望する方は、理由欄に記載をお願いいたします）

②日常生活に介護が必要な状態で、ご家族での生活が困難な方

③現在疾患の状態が安定しており、継続した特殊な治療を必要としない方

（当施設は治療を目的としているものではなく、ご高齢者の生活を支援する施設です）

4.その他

「札幌市指定介護老人福祉施設等入所指針」に則り、入居申込書をもとに申し込み順ではなく、入居の必要性の高い順（優先度）によって入居判定ランクA～Eを決定いたします。

待機になった方については、待機ランク通知書を送付いたします。申し込み後、申込書の介護状況、要介護度等が変更した場合には、お手数ですがご連絡下さいますようお願いいたします。

問い合わせ先・ご持参・ご郵送先

〒006-0022 札幌市手稲区手稲本町2条3丁目3番地5号
（ラ・ナシカていね内）

社会福祉法人 企救樹

特別養護老人ホーム 神遊 開設準備室

担 当：大字（オオジ）・戸城（トシロ）

電 話：0120-257-855

受付日時：平日9：00～17：30（土・日・祝日も対応致します）

入居までの流れについて

入居相談

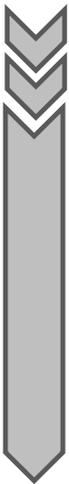
《入居可能な方について》



- ①原則要介護3～5の方
(要介護1・2の方で特列入居に該当する場合は入居できる場合もあります)
- ②日常生活に介護が必要な状態で、ご家族での生活が困難な方
- ③現在疾患の状態が安定しており、継続した特殊な治療を必要としない方

入居申込

《入居申し込みに関する必要事項について》



以下の「入居申し込みの際に必要な書類」について記載しご提出下さい。

入居申し込みの際に必要な書類

- ①入居申込書(様式1)
- ②介護保険被保険者証見開きの写し
- ③介護保険要介護認定調査票の写し
- ④介護保険負担割合証の写し
- ⑤社会福祉法人等利用者負担減額確認証の写し(該当者のみ)
- ⑥介護保険負担限度額認定証の写し(該当者のみ)
- ⑦介護サービス利用票及び利用票別票の写し(直近3か月分)

※③⑤⑥についてはご住所の市区町村窓口へお問い合わせ下さい。
※⑦については担当のケアマネジャーへお問い合わせ下さい。

一次判定

- ・一次判定(入居申込書に基づく判定)
- ・入居判定会議(面談の可否判定)

二次判定

- ・二次判定(面談を行った後の判定)
- ・入居判定会議(入居の可否判定)



入居決定通知送付

入居手続き

- ・居室見学
- ・契約書・重要事項説明書等の説明
- ・入居日決定

問い合わせ先・ご持参・ご郵送先

〒006-0022 札幌市手稲区手稲本町2条3丁目3番地5号
(ラ・ナシカていね内)

社会福祉法人 企救樹
特別養護老人ホーム 神遊 開設準備室
担 当：大字(オオジ)・戸城(トシロ)
電 話：0120-257-855
受付日時：平日9：00～17：30(土・日・祝日も対応致します)

(様式1) 特別養護老人ホーム神遊 入居申込書

受付日 令和 年 月 日

申込日 令和 年 月 日

申込者 (連絡先) 今後、郵送物などはこの連絡先にお送りさせていただきます。

特別養護老人ホーム 神遊 に
入所したいので次のとおり申し込みます。

〒 -
住所:
氏名 続柄
電話 ()
携帯 ()

申込先 (入所希望施設)	社会福祉法人 企救樹 特別養護老人ホーム 神遊	保険者	
		被保険者番号	
(フリガナ)		性別	
氏名		男・女	
生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日 (歳)	要介護 認定期間	平成 年 月 日 から 平成 年 月 日 まで
現住所	〒 -		
現況	ア 自宅で一人で暮らしている イ 自宅で家族と暮らしている ウ 施設・病院等に入所(院)中 *「施設・病院等に入所(院)中」の方は記入してください 施設名又は病院名: 所在地(市町村名のみ) 入所又は入院時期: 平成・令和 年 月 日 から入所・入院している		
介護者等の 状況	家族構成	ア イ・ウ以外の世帯 イ 高齢者夫婦世帯(18歳未満の子と夫婦との世帯を含む) ウ 独居	
	介護者の有無	ア 主たる介護者以外に必要時に協力者あり イ 介護者は一人のみ ウ 介護者はいない	
	介護者の年齢	ア 60歳未満 イ 60~74歳 ウ 75歳以上又は介護者はいない	
	介護者の健康	ア 健康である イ 健康に不安を抱えている ウ 介護者自身が要介護者である又は介護者はいない	
	介護可能時間	ア 十分に介護にあたる時間あり イ 一部不在になる時間あり ウ ほとんど時間が取れない又は介護者はいない	
	要介護者との関係	ア 良好 イ 介護は行っているが、疲労感が強い ウ 最低限の関わりのみ又は介護者はいない	
入所希望者の 状況	待機状況	ア 施設・病院等に入所中で退所の働きかけがない *施設・病院等に入所中で退所の働きかけがある場合の、入所継続可能期間 (イ 制限なし ウ 6~12ヶ月 エ 6ヶ月未満) オ 自宅等	
	在宅サービス利用率	ア 施設・病院等に入所(院)中 イ 限度額の40%未満 ウ 限度額の40%~60%未満 エ 限度額の60%~80%未満 オ 限度額の80%以上	
	在宅サービス利用状況	ア 施設・病院等に入所(院)中 イ 十分サービスを利用している ウ まあまあサービスを利用している エ 一部サービスを抑制している オ ほとんどサービスを抑制している	
	保険料の段階	ア 第5段階以上 イ 第4段階 ウ 第3段階 エ 第2段階 オ 第1段階	
	住居	ア 施設・病院等に入所(院)中 イ 快適な生活のできる住宅 ウ 一部居住性に問題がある エ かなり居住性に問題がある オ 帰る住まいがない	
入所希望時期	ア 今すぐ入所したい イ 年 月 頃までに入所したい		

(様式1) 特別養護老人ホーム神遊 入居申込書

受付日 令和 年 月 日

何も記入しないで下さい。
(当施設で記入をします)

申込日 令和 2 年 月 日

申込者 (連絡先) 今後、郵送物などはこの連絡先にお送りさせていただきます。

記入例

特別養護老人ホーム 神遊 に
入所したいので次のとおり申し込みます。

入居される本人の情報を
ご記入下さい。

連絡先となる「ご家族」ま
たは、「関係者」の連絡先
をご記入下さい。

〒 006 - ●●●●

住所: 札幌市手稲区手稲本町●条●-●-●

氏名	神遊 大樹	続柄	長男
電話	011 (699) ●●●●		
携帯	090 (●●●●) ●●●●		

申込先 (入所希望施設)	社会福祉法人 企救樹 特別養護老人ホーム 神遊		保険者	手稲区
			被保険者番号	●●●●●●●●●●
(フリガナ)	カミュ タロウ	性別	要介護度	要介護4
氏名	神遊 太郎	男・女	要介護 認定期間	平成 30 年 10 月 1 日 から 平成 32 年 9 月 30 日 まで
生年月日	明治・大正・昭和 ●● 年 ● 月 ● 日 (●● 歳)			
現住所	〒 006 - ●●●● 札幌市手稲区手稲本町●条●-●-●		介護保険証に記載されている住所をご記入下さい。 介護保険証に記載されている住所と異なる住所にお住 まいの方は、その住所をご記入下さい。	
現況	ア 自宅で一人暮らししている イ 自宅で家族と暮らししている <input checked="" type="radio"/> ウ 施設・病院等に入所(院)中 *「施設・病院等に入所(院)中」の方は記入してください 施設名又は病院名: ●●●●●●病院 所在地(市町村名のみ) 札幌市 入所又は入院時期: <input checked="" type="radio"/> 平成・令和 ●● 年 ●● 月 ●● 日 <input checked="" type="radio"/> から入所・入院している			
入所希望者の 状況	家族構成	ア イ・ウ以外の世帯 <input checked="" type="radio"/> イ 高齢者夫婦世帯(18歳未満の子と夫婦との世帯を含む) ウ 独居		
	介護者の有無	ア 主たる介護者以外に必要時に協力者あり <input checked="" type="radio"/> イ 介護者は一人のみ ウ 介護者はいない		
	介護者の年齢	ア 60歳未満 <input checked="" type="radio"/> イ 60~74歳 ウ 75歳以上又は介護者はいない		
	介護者の健康	ア 健康である <input checked="" type="radio"/> イ 健康に不安を抱えている ウ 介護者自身が要介護者である又は介護者はいない		
	介護可能時間	ア 十分に介護にあたる時間あり <input checked="" type="radio"/> イ 一部不在になる時間あり ウ ほとんど時間が取れない又は介護者はいない		
	要介護者との関係	ア 良好 <input checked="" type="radio"/> イ 介護は行っているが、疲労感が強い ウ 最低限の関わりのみ又は介護者はいない		
生活・経済の 状況	待機状況	ア 施設・病院等に入所中で退所の働きかけがない *施設・病院等に入所中で退所の働きかけがある場合の、入所継続可能期間 (イ 制限なし ウ 6~12ヶ月 <input checked="" type="radio"/> エ 6ヶ月未満) オ 自宅等		
	在宅サービス利用 率	<input checked="" type="radio"/> ア 施設・病院等に入所(院)中 イ 限度額の40%未満 ウ 限度額の40%~60%未満 エ 限度額の60%~80%未満 オ 限度額の80%以上		
	在宅サービス利用 状況	<input checked="" type="radio"/> ア 施設・病院等に入所(院)中 イ 十分サービスを利用している ウ まあまサービスを利用している エ 一部サービスを抑制している オ ほとんどサービスを抑制している		
	保険料の段階	ア 第5段階以上 イ 第4段階 <input checked="" type="radio"/> ウ 第3段階 エ 第2段階 オ 第1段階		
	住居	<input checked="" type="radio"/> ア 施設・病院等に入所(院)中 イ 快適な生活のできる住宅 ウ 一部居住性に問題がある エ かなり居住性に問題がある オ 帰る住まいがない		
入所希望時期	<input checked="" type="radio"/> ア 今すぐ入所したい イ 年 月 頃までに入所したい			

入所希望者の状況	医療の状況	ア 経管栄養 イ 胃ろう ウ 在宅酸素 エ インシュリン注射 オ その他() 【現在治療中の病気・特記事項等】 高血圧症・糖尿病 卵アレルギーがあります。			
	特例入所の要件に該当するやむを得ない事由 ※要介護1、2の方は記載してください。	該当する特例入所の要件(① ・ ② ・ ③ ・ ④) ※該当すると思われる要件に○を付けてください。なお、各要件については申込書の下に記載しております。 備考(以下に具体的な理由等の記入をお願いします。) くも膜下出血による後遺症でベット生活が長くなり、認知症があります。 1人でのトイレ移動も難しくなり、日常生活で常に介護が必要な状態となっており、 長引く在宅介護でこれ以上の自宅での介護が厳しくなっている為。 (記入者 神遊 幸子 続柄等 娘)			
	その他				
	他施設申込み状況	ア 当該施設のみ申込み イ 他の施設に申し込んでいる又は今後申し込む予定 * 既に申込みをしている他の施設名 (特別養護老人ホーム●●●●●) * 今後申し込む予定の他の施設名 ()			
主たる介護者	(フリガナ)	カミュ サチコ	性別	本人との関係	
	氏名	神遊 幸子	男・ 女	生年月日	昭和 ●● 年 ●● 月 ●● 日
	同居の区	ア 同居している イ 別居している (住所:)			
意見	【介護をしている上で困っていること等】 介護されている方の情報をご記入下さい。 (申込者と同一である必要はありません)				
紹介居宅介護支援事業所 (又は在宅介護支援センター)	●●●●●病院 医療相談室		電話番号	011 (●●●●) ●●●● 担当 ●●	

※特例入所の要件(要介護1、2の方について)

- ① 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こと。
- ② 知的障がい・精神障がい等を伴い、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こと。
- ③ 家族等による深刻な虐待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こと。
- ④ 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、介護サービスや生活支援の供給が不十分であること。

特別養護老人ホーム神遊 様

居宅介護支援事業所や関係機構等への問い合わせに関する同意書

この度、貴施設の入居申込書に際し、入居希望者の状況や入居申込の記入事項、要介護度の更新等の内容について確認が必要な場合に、特別養護老人ホーム神遊から、居宅介護支援事業所や関係機構等へ問い合わせ及び確認していただくことに同意いたします。

令和 年 月 日

施設入居希望者名 _____ ⑩

申込者氏名 _____ ⑩

申込者住所 _____

入居料金（概算）

2020年3月作成

【1】介護保険利用者負担額（1日あたり）

（1割負担の方）

① 介護サービス費

要介護度	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
介護サービス費	646 円	714 円	788 円	857 円	925 円

※介護保険基本単位数に、地域単位数（7級地）10.14%を乗じた料金となります。
 ※毎年8月に市区町村役所より発行される「介護保険負担割合証」をご確認下さい。
 ※要介護1と要介護2の方は特例入居の要件に合致した方のみとなります。

② 各種加算（①に加算されます）

初期加算	30 円				
サービス提供体制加算（Ⅰ）口	12 円				
看護体制加算（Ⅰ）口	4 円				
看護体制加算（Ⅱ）口	8 円				
栄養マネジメント加算	14 円				
個別機能訓練加算	12 円				
日常生活継続支援体制加算Ⅱ	46 円				
夜勤職員配置加算（Ⅱ）口	18 円				
要介護度	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
1日あたり合計（① + ②）	790 円	858 円	932 円	1,001 円	1,069 円
口腔衛生管理体制加算	30 円（1か月あたり）				
介護職員処遇改善加算（Ⅰ）	合計額に8.3%加算（1か月あたり）				
要介護度	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
③30日合計（加算含む）	25,699 円	27,908 円	30,313 円	32,554 円	34,764 円

※個人の状況により算定される加算があります。
 また、現在準備中の加算もあり、入居まで又は入居中に加算の種類が増減する可能性があります。
 詳しくは生活相談員までお問い合わせ下さい。
 ※「③30日合計」は、2割負担の方は2倍、3割負担の方は3倍となります。

【2】食費・住居費

	第1段階	第2段階	第3段階	第4段階
食 費	300 円	390 円	650 円	1,392 円
住 居 費	820 円	820 円	1,310 円	3,000 円
1 日 合 計	1,120 円	1,210 円	1,960 円	4,380 円
④ 30 日 合 計	33,600 円	36,300 円	58,800 円	131,400 円

※段階については「特定入居者介護サービス費」をご確認下さい。

【3】1か月あたりの合計金額（③介護保険利用者負担額 + ④食費・住居費）

●利用者負担割合 1割負担の方

	第1段階	第2段階	第3段階	第4段階
要介護1	59,299 円	61,999 円	84,499 円	157,099 円
要介護2	61,508 円	64,208 円	86,708 円	159,308 円
要介護3	63,913 円	66,613 円	89,113 円	161,713 円
要介護4	66,154 円	68,854 円	91,354 円	163,954 円
要介護5	68,364 円	71,064 円	93,564 円	166,164 円

●利用者負担割合 2割負担の方

要介護1	182,798 円
要介護2	187,216 円
要介護3	192,026 円
要介護4	196,508 円
要介護5	200,928 円

●利用者負担割合 3割負担の方

要介護1	208,497 円
要介護2	215,124 円
要介護3	222,339 円
要介護4	229,062 円
要介護5	235,692 円

※上記●には、下記の「その他の費用」は含まれておりません。

【4】 その他の費用

財 産 管 理 費	1,500 円 / 月	入所・退所月は日額50円
電 気 使 用 料	1,500 円 / 月	入所・退所月は日額50円
居 室 確 保 料 (入 院 時 な ど)	2,000 円 / 日	入院7日目以降
娯 楽 レ ク リ エ ー シ ョ ン 費	実 費	-
理 美 容 代	実 費	-
ク リ ー ニ ン グ 代	実 費	-
医 療 費	実 費	-

※紙おむつ・パット等の代金は介護保険給付対象につき介護サービスに含まれます。

注1) 特定入居者介護サービス費

入居される方の世帯収入・預貯金により、段階が決定いたします。市町村への申請が必要となります。詳しくは生活相談員または、お住まいの市町村へお問い合わせ下さい。

第 1 段 階	生活保護を受給されている方。世帯全員及び配偶者が市町村民税非課税で一定以上の資産がなく、老齢福祉年金を受給している方。
第 2 段 階	世帯全員及び配偶者が市町村民税非課税で一定以上の資産がなく、本人の課税年金収入額と非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。
第 3 段 階	世帯全員及び配偶者が市町村民税非課税で一定以上の資産がなく、利用者負担段階が第1・第2段階の方。
第 4 段 階	上記以外の方。(負担額は変わらないため、申請手続きは不要です)

注2) 高額サービス費

	第1段階	第2段階	第3段階	第4段階
自 己 負 担 額 上 限 額	15,000 円 / 月	15,000 円 / 月	24,600 円 / 月	44,400 円 / 月

※1割～3割の自己負担には上限が設定されており、同月に利用した「(基本料金+加算)×日数」が上限額を超えた場合、その差額が後日払い戻しされます。市区町村役所への申請が必要となり、上限額は個人、世帯の市町村民税課税・非課税、年金等の収入により異なります。詳しくは、生活相談員またはお住まいの市町村へお問い合わせ下さい。

注3) 社会福祉法人負担軽減について

介護サービス費・居住費・食費が一部減額になる制度です。
※減額割合は条件によって異なり、市区町村役所より発行される証明書に記載されますので、市区町村役所にお問い合わせ下さい。

医療ニーズに対する受け入れ一覧

No.	疾患名	受入	備考
1	胃ろう	○	看護職員が対応するため、時間の相談をさせていただきます。
2	尿道留置カテーテル (バルン)	○	交換については、相談させていただきます。
3	褥瘡	○	状態に合った治療を優先させていただきます。
4	ペースメーカー 除細動器 (ICD) 等	○	定期的に専門医の受診が必要になります。
5	パーキンソン・ALS SCD等神経疾患	○	検査や専門外来の受診が必要になります。
6	在宅酸素	○	夜間の対応の確認をさせていただきます。
7	ストマ	○	皮膚状態や管理方法の確認をさせていただきます。
8	看取り	○	自然な最期(老衰)を中心に、極力お看取りいたします。 居室になりますが、ご家族様の宿泊も可能です。
9	末期がん	○	緩和医療がどこまでできるか、どこまで希望されるかを確認させていただきます。
10	インスリン	○	看護職員が対応するため、相談をさせていただきます。
11	たん吸引	△	看護職員が対応するため、相談をさせていただきます。
12	人工透析	△	専門病院の通院が必要です。相談させていただきます。
13	人工呼吸器	△	内容によってはご相談に応じます。
14	CV (IVH) 中心静脈栄養	△	実施方法について確認させていただきます。
15	経管栄養 (鼻腔)	△	胃ろうに比べ吸引の必要性や誤嚥のリスクが高く、抜去時の対応も難しいです。
16	循環器や呼吸器、認知症以外の 精神疾患等の専門医療		ご家族様での通院対応をお願いする場合があります。 重度の場合は入退院を繰り返す可能性もありますので、事前にご相談下さい。

問い合わせ先・ご持参・ご郵送先

〒006-0022 札幌市手稲区手稲本町2条3丁目3番地5号
(ラ・ナシカていね内)

社会福祉法人 企救樹

特別養護老人ホーム 神遊 開設準備室

担当：大字(オオジ)・戸城(トシロ)

電話：0120-257-855

受付日時：平日9:00~17:30(土・日・祝日も対応致します)