

「特別養護老人ホーム羊ヶ丘陽光苑」入所申し込みについて

平成15年2月より、札幌市老人福祉施設協議会と札幌市が共同で、入所の必要性の高い方から特別養護老人ホームへ入所できることを目的に、「札幌市指定介護老人福祉施設等入所指針」を策定、導入されました。また、平成27年4月より、原則として要介護3～5の方が申し込みと入所の対象となるよう上記指針が改正されました。

なお、この指針に基づくご入所の決定は申し込み順ではなく、後から申し込みをいただいても、入所の必要性が総合的に高いと判断された方については、先の方よりも早くご入所いただくことになります。

入所に関してはお心待ちにされている事と拝察いたしますが、趣旨をご理解いただき、下記書類を記載・添付のうえ、ご協力をお願い申し上げます。

【申込必要書類】

1. 入所申込書（様式1）
2. 居宅介護支援事業所や関係機関等への問い合わせに関する同意書（様式2）
3. 介護保険被保険者証の写し
※札幌市の方はピンク色の保険証を見開きコピーをしてください。
4. 直近の認定調査票（写し）
※お住いの市町村介護保険窓口にて資料閲覧の申込を行い、写しをいただってください。
5. 直近3カ月のサービス利用票及びその別表
※在宅サービスを利用されている方のみ必要です。担当のケアマネージャーより頂いてください。
6. 介護保険負担割合証
※札幌市の方は緑色の保険証で、介護サービス費用負担割が記載された証書です。
7. 特定入所者介護サービス費（介護保険負担限度額認定証）
※市町村民税の課税・非課税・資産状況により、食費・居住費の負担額が変わります。市町村への申請が必要となりますので、詳しくは当施設生活相談員、お住いの市町村へお問い合わせください。

【当施設に入所できる方】

1. 介護保険の要介護認定を受けている方で要介護3～5の方
（要介護1・2の方の特例入所もございますので、お問い合わせ下さい。）
2. 日常生活を送る上でご家族の介護を受けることが困難な方
3. 現在疾患がある方はその疾患が安定しており、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。）

【その他】

申込後、申込者と介護状況、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》

〒062-0043 札幌市豊平区福住3条3丁目6番1号
シルバーハイツ羊ヶ丘1番館内
特別養護老人ホーム羊ヶ丘陽光苑 開設準備室
担当：照井・岡田
TEL(011)-858-3881 FAX(011)858-3882
受付日時：平日9：00～17：45（土・日・祝を除く）

特別養護老人ホーム羊ヶ丘陽光苑 入所のお申し込みにあたって

【入所申込書 記入要領】

1. 申込者（連絡先）について

- (1) 入所申込をしていただいた後、連絡先として、確実に連絡の取れる方の住所、氏名、電話番号をご記入ください。
- (2) したがって、必ずしも入所される方ご本人ではなく、ご家族様などが連絡先となることもあります。

2. 氏名、生年月日、現住所等について

- (1) 入所を希望される方ご本人（以下「ご本人」）について、氏名、生年月日、現住所、性別、保険者、被保険者番号、要介護度、要介護認定期間をご記入ください。
- (2) この場合、「介護保険被保険者証」の表裏をご確認の上、ご記入ください。

3. 現況について

- (1) ご本人が現在、どこで生活しておられるかについて、あてはまるものに○をつけてください。
- (2) 施設や病院に入所（院）されている場合は、その施設・病院の名称、所在地（市町村のみで結構です）、さらに入所（院）された時期をご記入ください。

4. 介護者等の状況について

(1) 家族構成（ご本人の家族構成についてご記入ください）

- ① ご本人が、ご夫婦のみか、またはそのご夫婦と18歳未満の方とのみ同居している場合は「イ」に○をつけて下さい。
- ② ご本人お一人の世帯の場合は、「ウ」に○をつけてください。
- ③ 上記①、②以外の場合は、「ア」に○をつけてください。
- ④ 施設や病院に入所（院）されている場合は、「家に帰宅した場合」の家族構成について上記と同様にご記入ください。

(2) 介護者の有無

- ① 介護者の他に、必要に応じて介護の応援をしてくださる方がいる場合には「ア」に○をつけてください。
- ② 介護者がお一人の場合は、「イ」に○をつけてください。
- ③ 介護者がいなく、お一人で生活している場合は、「ウ」に○をつけてください。
- ④ 施設や病院に入所（院）されている場合は、「家に帰った場合」として介護者の有無について上記同様にご記入ください。

(3) 介護者の年齢

- ① 介護者の年齢が60歳未満である場合は、「ア」に○をつけてください。
- ② 介護者の年齢が60～74歳である場合は、「イ」に○をつけてください。
- ③ 介護者の年齢が75歳以上又は介護者がいない場合は、「ウ」に○をつけてください。
- ④ 施設や病院に入所（院）されている場合は、「家に帰ったとした場合」の介護者の年齢について上記と同様にご記入ください。

(4) 介護者の健康

- ① 介護者が健康である場合は、「ア」に○をつけてください。
- ② 介護者が、現在、病気の治療を受けている等、健康に不安を抱えている場合は「イ」に○をつけてください。

- ③ 介護者も要介護者である場合は、「ウ」に○をつけてください。なお、“介護者がいない”場合も「ウ」に○をつけてください。
- ④ 施設や病院に入所（院）されている場合は、「家に帰ったとした場合」の介護者の健康について上記と同様にご記入ください。

(5) 介護可能時間

- ① 介護者が、介護にあたる時間が十分にあるという場合は、「ア」に○をつけてください。
- ② 介護者が、何らかの理由で一部不在になることがあるという場合には、「イ」に○をつけてください。
- ③ 介護者が何らかの理由でほとんど介護にあたる時間がないという場合は「ウ」に○をつけてください。
- ④ 施設や病院に入所（院）されている場合は、「家に帰ったとした場合」の介護可能時間について上記と同様にご記入ください。

(6) 要介護者との関係

- ※ 回答しづらい点もあるかと思いますが、できるだけ、率直にご回答ください。
- ① ご本人と介護者の関係が良好である場合は、「ア」に○をつけてください。
 - ② 介護者が、介護に対して疲れていると感じている場合は、「イ」に○をつけてください。
 - ③ 介護者が、介護に対して非常に疲れていると感じ、最低限の介護しか出来ないという場合は、「ウ」に○をつけてください。なお“介護者がいない”場合も「ウ」に○をつけてください。
 - ④ 施設や病院に入所（院）されている場合は、「家に帰ったとした場合」のご本人との関係について○をつけてください。

5. 生活・経済状況について

(1) 待機状況

- ① ご本人が現在、施設や病院に入所（院）している場合は、次のように記入してください。
 - a) 現在、入所（院）している施設や病院から退所（院）するよう働きかけがない場合は「ア」に○をつけてください。
 - b) 現在、入所（院）している施設や病院から退所（院）するよう働きかけがある場合で、ア) とくに期限を定めた**働きかけが無い場合**には、「イ」に○をつけてください。
 - イ) 6ヵ月から1年以内ぐらいに退所（院）するよう働きかけがある場合は、「ウ」に○をつけてください。
 - ウ) 半年以内に退所（院）するよう働きかけがある場合には、「エ」に○をつけてください。
 - c) ご本人が、現在、自宅で生活している場合は、「オ」に○をつけてください。

(2) 在宅サービス利用率

- ① ご本人が現在、施設や病院に入所（院）している場合は、「ア」に○をつけてください。
- ② ご本人が現在、介護保険の在宅サービスを利用している場合で、要介護度ごとに設定されている介護保険による在宅サービスの月ごとの利用限度額に対して、
 - a) その限度額の40%未満しか利用していない場合は、「イ」に○をつけてください。なお、現在は何も在宅サービスを利用していない場合も「イ」に○をつけてください。
 - b) その限度額の40～60%未満を利用している場合は、「ウ」に○をつけてください。
 - c) その限度額の60～80%未満を利用している場合は、「エ」に○をつけてください。
 - d) その限度額の80%以上を利用している場合は、「オ」に○をつけてください。

注1) 詳しくわからない場合は担当の居宅介護支援事業所の介護支援専門員（ケアマネージャー）にお尋ねください。

注2) なお、在宅サービスの利用を始めたばかりで、利用実績が無い場合は、ケアプラン上の予定額で結構です。

(3) 在宅サービス利用状況

- ① ご本人が、現在、施設や病院に入所（院）している場合は、「ア」に○をつけてください。
- ② 在宅サービスを利用している場合で、“十分にサービスを利用している”という場合は、「イ」に○をつけてください。
- ③ 在宅サービスを利用している場合で、“まあまあサービスを利用している”という場合

には「ウ」に○をつけてください。

- ④ 在宅サービスを利用している場合で、利用料負担等に配慮し“一部、サービスの利用を抑制している”という場合には「エ」に○をつけてください。
- ⑤ 在宅サービスを利用している場合で、利用料負担等に配慮し“サービスの利用をかなり抑制している”という場合には「オ」に○をつけてください。

(4) 保険料の段階

- ① 介護保険の保険料は、ご本人の所得状況などに応じて段階設定されています。お手持ちの保険料通知書等でご確認の上、保険料の段階について、第1段階から第5段階（第6段階以上に設定されている場合は、第5段階に含めて下さい）について、あてはまる欄に○をつけてください。
- ② なお、お分かりにならない場合は、お住まいになっている市町村の担当課にお問い合わせください。

(5) 住居

- ① 現在、施設や病院に入所（院）していて、退所（院）後の住居がある場合は、「ア」に○をつけてください。
- ② 現在、住んでいるご本人の住居が、快適な生活をできる住宅である場合は「イ」に○をつけてください。
- ③ 現在、住んでいるご本人の住居が、生活をする上で、居住性に一部、問題がある場合は「ウ」に○をつけてください。
- ④ 現在、住んでいるご本人の住居が、生活をする上で、居住性にかなり問題がある場合は、「エ」に○をつけてください。
- ⑤ 現在、施設や病院に入所（院）していて、退所（院）後の住居がないという場合は、「オ」に○をつけてください。

6. 入所希望時期について

- (1) 施設入所したい時期について、“今すぐ入所したい”と“〇月〇日頃までに入所したい”のどちらか希望に○をつけてください。
- (2) なお、“〇月〇日頃までに入所したい”場合には、そのご希望年月日をご記入してください。

7. 医療の状況について

- (1) 現在受けている治療や処置で、「経管栄養」、「胃ろう」、「在宅酸素」、「インシュリン注射」の欄に○をつけてください。また、その他特別な治療や処置を受けている場合は、「その他」の欄に○をつけ、内容をご記入下さい。
- (2) 現在治療を受けている病名や、特に注意事項などあればご記入ください。

8. 特列入所の要件に該当するやむを得ない事由

(要介護1・2の方でお申し込みの場合)

- (1) 次にあげる、特列入所の要件①～④の該当箇所に○をつけて下さい。
 - ① 認知症を患い、日常生活に支障をきたすような症状・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、精神障がい等に伴い、日常生活に支障を来すような症状・行動が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、同居家族は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。
- (2) ①～④の該当項目について、その具体的理由もご記入ください。

9. その他（生活歴について）

これまでの生活歴について、出身地、学歴、職歴、結婚歴、ご家族などについて差し支えない範囲でご記入ください。

10. 他施設申込み状況について

- (1) 今回、当施設に入所を申込みほかに、他の施設に申込みをされるかどうかについて、あてはまる欄にチェックをつけてください。
- (2) なお、現在、既に入所申込をされている施設があればその施設名を、今後、申込みを行う予定の施設があればその施設名をご記入ください。

11. 主たる介護者について

- (1) ご本人を日頃、介護なさっている方についてご記入ください。
- (2) なお「意見」には、特に介護上でのお悩みなどがあれば、ご記入ください。

12. 紹介事業者について

今回、当施設に入所お申し込みになるにあたり、当施設の紹介を受けた居宅介護支援事業所や病院等がございましたらその事業所名、電話番号、担当者についてご記入ください。

特別養護老人ホーム羊ヶ丘陽光苑 入居料金（概算）

2019年4月作成

1. 介護保険利用者負担額（1日あたり）

要介護度	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
①介護サービス費	644円	712円	786円	854円	922円

②各種加算 *①に加算されます

個別機能訓練加算	12円				
栄養マネジメント加算	14円				
夜勤職員配置加算（Ⅱ）ロ	18円				
看護体制加算（Ⅰ）ロ	4円				
看護体制加算（Ⅱ）ロ	8円				
日常生活継続支援加算（Ⅱ）	46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）	746円	814円	888円	956円	1,024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
30日あたり （1か月あたりの加算含む）	24,270円	26,479円	28,883円	31,092円	33,302円

注1) 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、ご入居までに加算の種類が増減する可能性もあります。詳しくは生活相談員までお問合せ下さい。

注2) 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・居住費

	第1段階	第2段階	第3段階	第4段階
食費	300円	390円	650円	1,380円
居住費	820円	820円	1,310円	1,970円
1日あたり	1,120円	1,210円	1,960円	3,350円
30日あたり	33,600円	36,300円	58,800円	100,500円

※段階に関しては「注3」特定入居者介護サービス費をご参照ください。

□ 30日あたりの合計額（介護保険利用者負担額＋食費・居住費）

①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	57,870円	60,570円	83,070円	124,770円
要介護2	60,079円	62,779円	85,279円	126,979円
要介護3	62,483円	65,183円	87,683円	129,383円
要介護4	64,692円	67,392円	89,892円	131,592円
要介護5	66,902円	69,602円	92,102円	133,802円

②利用者負担割合2割負担の方

	第4段階
要介護1	149,040円
要介護2	153,458円
要介護3	158,266円
要介護4	162,684円
要介護5	167,104円

③利用者負担割合3割負担の方

	第4段階
要介護1	173,310円
要介護2	179,937円
要介護3	187,149円
要介護4	193,776円
要介護5	200,406円

※上記①～③には、下記の『その他の費用』は含まれておりません。

3. その他の費用

預り金管理費	50円/1日	施設で金銭等を管理した場合
電化製品使用料（テレビ）	20円/1日	テレビをお持ちになられて使用された場合
電化製品使用料（冷蔵庫）	30円/1日	冷蔵庫をお持ちになられて使用された場合
日用品・嗜好品・活動代	実費	個人で使用される物品やお菓子等の嗜好品 個人で行われる趣味活動材料費等
特別行事食費	実費	外出行事やご希望や選択のある行事等に参加された場合
理美容代	実費	訪問理美容業者を利用した場合
医療費	実費	往診・通院の医療費や薬代金

※紙おむつ・パット等は施設での負担となります。

※持ち込まれる家電製品については、別途料金がかかるかについてご相談ください。

注3) 特定入所者介護サービス費

市町村民税の課税・非課税・資産状況により、食費・居住費の負担額が変わります。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、お住いの市町村へお問合せ下さい。

第1段階	生活保護受給されている方。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段階以外の方。
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4) 高額介護サービス費

介護保険では、介護サービスを利用した場合、その費用の1割～3割が自己負担となります。自己負担には上限が設定されており、1か月に負担した額が上限を超えた場合、申請により払い戻しされます。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いの市町村へお問い合わせください。