

入所希望者及びご家族様各位

社会福祉法人 龍心会  
特別養護老人ホーム ハートヴィレッチ  
特別養護老人ホーム ハートヴィレッチⅡ

### 特別養護老人ホーム入所申込み手続きについて

特別養護老人ホーム（以下「特養」とします。）への入所申込みが増加している中、介護保険法（平成9年法律第123号）第8条第21項の改正及びそれに伴う介護保険法施行規則（平成11年3月31日厚生省令第36号）の改正により、平成27年4月1日以降の特養への入所が原則要介護3以上の方に限定された一方で、居宅において日常生活を営むことが困難なことについてやむを得ない事由があることによる要介護1又は2の方の特例的な施設（特養）入所が認められており、千葉県では「指定介護老人福祉施設等の入所に関する指針」が策定されています。

ハートヴィレッチではこの指針に基づいて、下記の通り「特別養護老人ホーム ハートヴィレッチ入所に関する指針」を設け、入所の必要性が高い申込者の円滑な入所に努めておりますので、ご理解・ご協力のほど宜しくお願い致します。

### 記

#### 1. 入所の対象者

- ① 要介護認定を受けた方のうち、要介護3から5の方が対象となります。居宅において日常生活を営むことが困難な要介護1及び2の方については、特例入所の判断が必要となります。
- ② 介護の必要性や居宅における介護の困難性を勘案した評価基準により算定した点数に基づいた順位が上位の申込者の方で、ハートヴィレッチが設置した入所検討委員会が判定した方となります。
- ③ 点数化による1次判定と入所検討委員会による2次判定の2段階の入所判定方式となります。

※裏面の運用イメージ図を参照してください。

#### 2. 入所の申込み

- ① 本人・家族が所定の入所申込書「様式1」「様式2」に必要事項を記入し、介護保険証を添付して、施設に提出をお願いします。
- ② 介護支援専門員（ケアマネージャー）が係わっている場合は、できるだけ介護支援専門員にもご相談ください。別紙「担当ケアマネージャー等の意見書」を依頼してください。
- ③ 入所申込書は施設の窓口へご持参いただくか、郵送またはファックスでも受付けております。

#### 3. 注意事項

- ① 要介護認定を受けている方が対象となりますので、有効期限が過ぎた場合は、速やかに更新後の要介護状態をお知らせください。
- ② 入所申込書提出後に入所希望の取り消し、介護状況の変更等がございましたら、随時お知らせください。
- ③ 同封してあります「健康診断書」については、入所決定後にかかりつけの主治医にご提出くださいますようお願い致します。

お問い合わせ先

特別養護老人ホーム ハートヴィレッチ  
〒270-1354

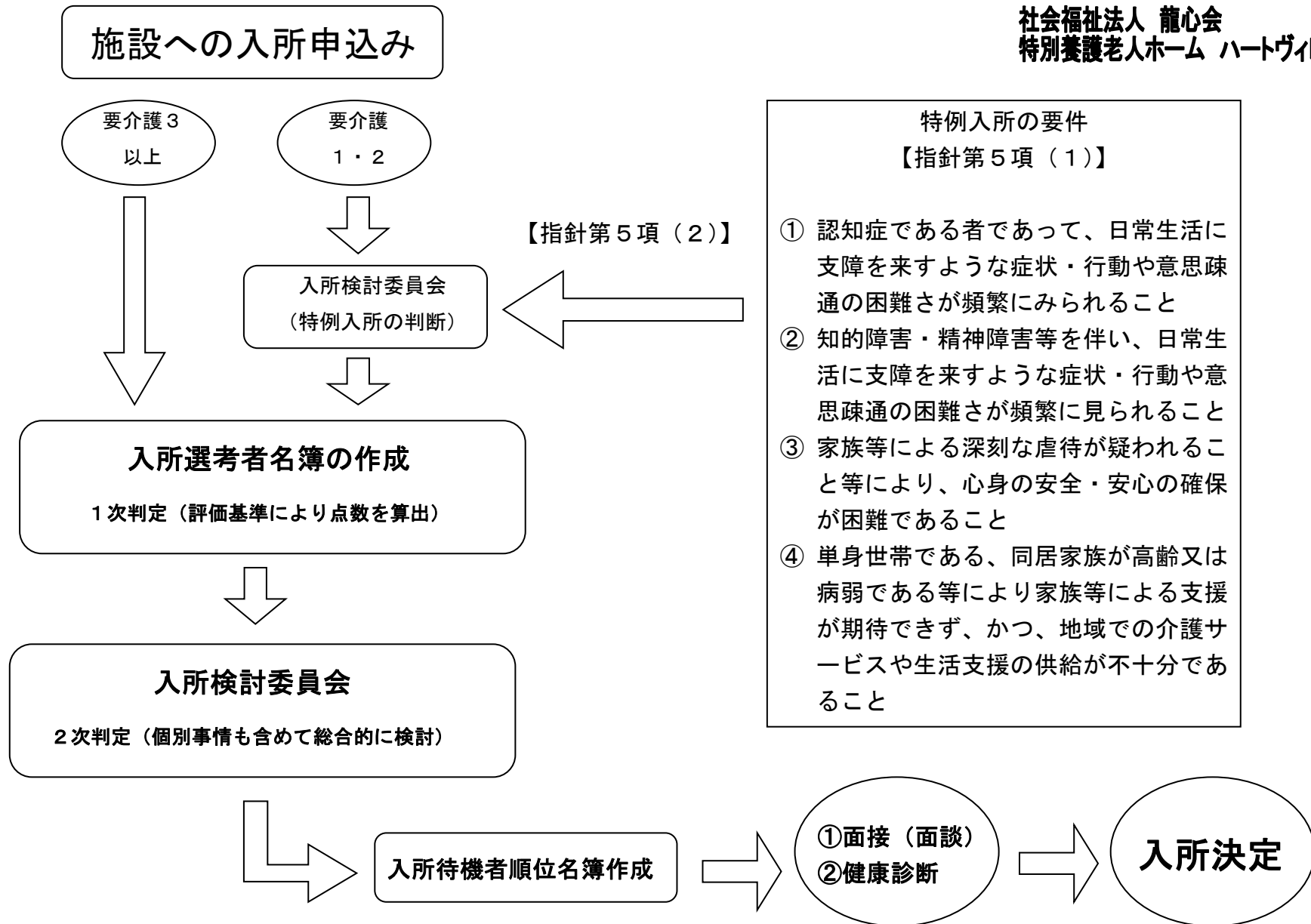
住所 印西市武西 1269-1

電話 0476-47-1122

ファックス 0476-47-1188

# 特別養護老人ホーム ハートヴィレッチ 入所等に係る基準の運用イメージ図

社会福祉法人 龍心会  
特別養護老人ホーム ハートヴィレッチ



様式1

指定介護老人福祉施設等入所申込書

申込者(連絡先)今後、郵便物などはこの連絡先にお送りさせていただきます。

申込日	令和 年 月 日
受付日	令和 年 月 日

〒270-1354

千葉県印西市武西字庚塚1269番1

TEL 0476-47-1122

FAX 0476-47-1188

〒	—
住所:	
氏名:	(続柄 )
電話:①	( ) ② ( )

特別養護老人ホームに入所したいので、次のとおり申し込みます。

申し込み先 (入所希望施設)	特別養護老人ホーム ハートヴィレッチ		保険者	
入 所 希 望 者 の 状 況	(フリガナ)		性別	被保険者番号
	氏名		男・女	要介護度 1・2・3・4・5
	生年月日	明・大・昭 年 月 日( 歳)		要介護認定期間 令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで
	現住所	〒 —		電話番号
	現況	<input type="checkbox"/> 自宅で一人で暮らしている <input type="checkbox"/> 自宅で家族と暮らしている <input type="checkbox"/> 特養などの施設や、病院に入院している 「施設や病院に入院している」方は記入してください。 ◇入所施設または病院名: _____ ◇所在地(市区町村のみ) ◇入所または入院時期:平成・令和 年 月 日から 入所・入院 している		
	入所を希望する理由(該当するものすべてを選んでください)	1. 入所申込ができるのは原則として要介護度3以上の方です。 (要介護1・2の方については、入所を必要とするやむを得ない理由が必要となることから、次の2欄も回答してください。 <input type="checkbox"/> 介護する者がいないため。 <input type="checkbox"/> 介護する者が「高齢」、「障害」、「疾病」等により十分な介護が困難なため。 <input type="checkbox"/> 介護者が就労していることから、十分な介護が困難なため。 <input type="checkbox"/> 介護者の身体的・精神的負担が大きくなり十分な介護が困難なため。 <input type="checkbox"/> 居住環境の事情により十分な介護が困難なため。 <input type="checkbox"/> 施設や病院等から退所を求められているが、自宅での介護が困難なため。 <input type="checkbox"/> その他( ) 2. 要介護度1・2の方については、以下該当するものを回答してください。 <input type="checkbox"/> 認知症である者であって、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。 <input type="checkbox"/> 知的障害・精神障害等を伴い、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。 <input type="checkbox"/> 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である。		
	入所希望時期	<input type="checkbox"/> 今すぐ入所したい <input type="checkbox"/> 令和 年 月頃までに入所したい		
	医療の状況	<input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> インシュリン注射 <input type="checkbox"/> その他( ) 【現在治療中の病気・内服薬・特記事項など】		
	申込状況	<input type="checkbox"/> 当該施設のみ申し込む。 <input type="checkbox"/> 他の施設も申し込んでいる。または今後他の施設も申し込む予定 ◇既に申し込んでいる他の施設名( ) ( ) ( ) ◇今後申し込む予定の他の施設名( ) ( ) ( )		

身 体 の 状 況	歩行	① <input type="checkbox"/> 自分で可能 <input type="checkbox"/> やや不安 <input type="checkbox"/> 不可能		
		② <input type="checkbox"/> つたい歩き <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> 寝たきり		
	食事	① <input type="checkbox"/> 自分で可能 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 経管栄養		
		(主食: ご飯・お粥・ミキサー) (おかず: 普通・きざみ・ミキサー)		
	入浴	① <input type="checkbox"/> 自分で可能 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		
② <input type="checkbox"/> 誘導 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> 一般浴槽 <input type="checkbox"/> 機械浴				
排泄	① <input type="checkbox"/> 自分で可能 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助			
	② <input type="checkbox"/> はくパンツ <input type="checkbox"/> おむつ <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ <input type="checkbox"/> 夜間のみおむつ			
着脱衣	① 上着 <input type="checkbox"/> 自分で可能 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助			
	② ズボン <input type="checkbox"/> 自分で可能 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助			
生 活 の 状 況	活動状況	(対人関係など)		
	趣味嗜好			
健 康 状 況	今までにか かった病気	①	( 年 月頃)	
		②	( 年 月頃)	
③		( 年 月頃)		
④		( 年 月頃)		
⑤		( 年 月頃)		
通院	<input type="checkbox"/> していない <input type="checkbox"/> している( 病院)			
	◇くすり : <input type="checkbox"/> 飲んでいる <input type="checkbox"/> 飲んでいない			
主 た る 介 護 者	(フリガナ)		性別	本人との関係
	氏名		男・女	生年月日
	同居の区分	<input type="checkbox"/> 同居している <input type="checkbox"/> 別居している(住所: )		電話: )
	意見	【介護をしているうえで困っていること等】		
	【居室の希望】 個室・多床室			

- (注) 1. 記入上のお願い:各項目ごとに該当する箇所に ✓ または○をつけてください。  
2. 申請中の場合は、要介護度が確定してから記入してください。

## 指定介護老人福祉施設等入所調査票

氏名 \_\_\_\_\_

記入者氏名 \_\_\_\_\_ 印

## 1 本人の状況

要介護度	要介護 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
日常生活自立度	<input type="checkbox"/> IIIa以上 <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> 自立 ※別表2参照
認知症による不適切行動	<input type="checkbox"/> 常に多い <input type="checkbox"/> やや多い <input type="checkbox"/> 少しあり <input type="checkbox"/> なし
具体的項目	<input type="checkbox"/> 被害的 <input type="checkbox"/> 作話 <input type="checkbox"/> 幻視幻聴 <input type="checkbox"/> 感情が不安定 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転
	<input type="checkbox"/> 暴言暴行 <input type="checkbox"/> 同じ話をする <input type="checkbox"/> 大声を出す <input type="checkbox"/> 介護に抵抗する
	<input type="checkbox"/> 常時の徘徊 <input type="checkbox"/> 落ち着かない <input type="checkbox"/> 外出して戻れない <input type="checkbox"/> 収集癖
	<input type="checkbox"/> 一人で外に出たがる <input type="checkbox"/> 火の不始末 <input type="checkbox"/> 物や衣類を壊す <input type="checkbox"/> 不潔行為
	<input type="checkbox"/> 異食行動 <input type="checkbox"/> 性的迷惑行為 <input type="checkbox"/> ひどい物忘れ <input type="checkbox"/> その他( )

## 2 主たる介護者・家族などの状況

① 世帯の状況	<input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 高齢者世帯 <input type="checkbox"/> 家族と同居 <input type="checkbox"/> その他( )
② 介護者の年齢・続柄	( ) 歳) ・ 続柄:
③ 介護者の介護負担	<input type="checkbox"/> 重い <input type="checkbox"/> やや重い <input type="checkbox"/> 軽い <input type="checkbox"/> 負担なし
④ 介護者の障害や疾病	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり( <input type="checkbox"/> 介護可能 <input type="checkbox"/> 介護困難 )
⑤ 介護者の就労	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(職種等: 日/週、 時間/日)
⑥ 他の要介護者	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(要支援・要介護 1・2・3・4・5)
⑦ 介護者の育児・家族の病気	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり( )
⑧ 介護者の介護の関わり方	<input type="checkbox"/> 介護拒否 <input type="checkbox"/> 非常に消極的 <input type="checkbox"/> やや消極的 <input type="checkbox"/> ふつう
⑨ 他の同居介護補助者	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(続柄: 日/週 程度)
⑩ 別居血縁者介護協力	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(続柄: 日/週 程度)
⑪ 近隣者等の介護協力	<input type="checkbox"/> ほとんどなし <input type="checkbox"/> 随時あり <input type="checkbox"/> 常時あり

## 3 現在の状況

施設などに入所している	<input type="checkbox"/> していない <input type="checkbox"/> している
施設種別	<input type="checkbox"/> 特別養護老人ホーム <input type="checkbox"/> 老人保健施設 <input type="checkbox"/> ケアハウス
	<input type="checkbox"/> グループホーム
入所期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日
病院などに入院している	<input type="checkbox"/> 入院していない <input type="checkbox"/> 入院している
入院期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日

## 4 記入者の意見

--

別表2 認知症高齢者の日常生活自立度判定基準

ランク	判定基準	見られる症状・行動の例	判断にあたっての留意事項
I	何らかの認知症を有するが、日常生活は家庭内及び社会的にほぼ自立している。		軽度の物忘れがあるが、火の不始末や薬の飲み忘れは見られず、家族や支援する人がいれば、日常で困ることはほとんどない状態。認知症ではない、年齢相応の物忘れの方を含む。
II	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多少見られても、誰かが注意していれば自立できる。		認知症の中核症状・周辺症状があるも、支援を受けていなければ在宅生活が可能である状態。
II a	家庭外で上記IIの状態が見られる。	たびたび道に迷う、買い物や事務、金銭管理など、それまでできたことにミスが目立つ等	自宅外での症状が目立つ場合。
II b	家庭内でも上記IIの状態が見られる。	服薬管理ができない、電話の対応や訪問者の対応など、一人で留守番ができない等	自宅内での活動にも支障がある場合。
III	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見られ、介護を必要とする。		
III a	日中を中心として上記IIIの状態が見られる。	着替え、食事、排泄が上手にできない、時間がかかる。 やたらに物を口に入れる、物を拾い集める、徘徊、失禁、大声、奇声を上げる、火の不始末、不潔行為、性的異常行為など	認知症の中核症状・周辺症状がランクIIより悪化し、支援を受けていても在宅生活が困難となった状態。食事や排泄といった日常生活において重要な行動が自力ではできず、介護者へ重い負担がかかるような状態。 上記の症状が日中を中心に発生している場合。
III b	夜間を中心として上記IIIの状態が見られる。	ランクIII aに同じ	III aの状態が夜間に見られるような場合。
IV	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、常に介護を必要とする。	ランクIII aに同じ	ランクIIIの状態が終日続き、目が離せない状態。症状・行動はランクIIIと同じであるが、より頻繁である場合。
M	著しい精神症状や問題行動、あるいは重篤な身体疾患が見られ、専門医療を必要とする。	せん妄、妄想、興奮、自傷・他害等の精神症状や、精神症状に起因する問題行動が継続する状態など	せん妄等の一時的な精神状態の悪化で、専門医を受診する必要がある状態。

出典：「「認知症高齢者の日常生活自立度判定基準」の活用について」  
(平成5年10月26日 老健第135号厚生省老人保健福祉局長通知)

別紙

担当ケアマネジャー等の意見書

記入者氏名	印	職種	<input type="checkbox"/> 介護支援専門員 <input type="checkbox"/> その他（ ）
事業所名		電話番号	（ ）

※ 特別養護老人ホームに入所する必要性などについて意見を記入してください。

入所申込者氏名		記入日	令和 年 月 日
【本人の日常生活自立度の状況】 (認知症高齢者の日常生活自立度) (日常生活自立度)	(該当する日常生活自立度を○で囲んでください。) 自立・Ⅰ・Ⅱa・Ⅱb・Ⅲa・Ⅲb・Ⅳ・M J1・J2・A1・A2・B1・B2・C1・C2		
<p>【本人の心身の状況】</p> <p><input type="checkbox"/>常時の介護や見守りが必要である。</p> <p><input type="checkbox"/>認知症を原因とする昼夜逆転・徘徊等の問題行動があり、介護者の日常生活に支障がある。</p> <p><input type="checkbox"/>寝たきりにより食事・排せつ・入浴等日常生活を通じ、介助が必要である。</p> <p><input type="checkbox"/>ほとんど自立による日常生活が可能である。</p> <p>〔その他特記事項〕</p> <div style="border: 1px solid black; height: 60px; width: 100%;"></div>			
<p>【介護者の状況】</p> <p><input type="checkbox"/>介護者が全くいない。</p> <p><input type="checkbox"/>介護者はいるが、他に介護や育児が必要な者がいる。</p> <p><input type="checkbox"/>介護者はいるが、十分な介護が困難（高齢、疾病、傷病、認知症、障害、就労） (その他 )</p> <p><input type="checkbox"/>介護者が遠隔地にいる。</p> <p><input type="checkbox"/>介護者が近隣にいる。</p> <p><input type="checkbox"/>同居の介護者がいる。( 人)</p> <p>〔その他特記事項〕</p> <div style="border: 1px solid black; height: 60px; width: 100%;"></div>			
<p>【在宅生活継続の可能性】</p> <p><input type="checkbox"/>極めて困難</p> <p><input type="checkbox"/>在宅生活への復帰が困難である。(施設等(老健、病院等)へ入所している場合)</p> <p><input type="checkbox"/>在宅サービスを利用しても在宅生活に支障がある。</p> <p><input type="checkbox"/>在宅サービスの利用により、在宅生活の継続が期待できる。</p> <p>〔その他特記事項〕</p> <div style="border: 1px solid black; height: 60px; width: 100%;"></div>			

【在宅生活に支障のある状況】

- 近くに在宅サービス事業者がなく、その利用が困難。
- 十分なケア（ナイトケア等）が受けられない。
- 病院等の入所者で帰る家がない。

〔その他特記事項〕

【家族の負担感】

- 介護疲れがひどい。
- ほとんどかかわっていない。
- 在宅サービスを利用しているが、介護疲れがある。

〔その他特記事項〕

【意思疎通】

- 慣れた人でも意思疎通は困難。
- 家族など慣れた人なら問題はない。
- 特に問題はない。

〔その他特記事項〕

【入所について】

- 拒否傾向
- 意思確認が困難
- 希望していないが、同意している。
- 同意している。
- 強く望んでいる。

〔その他特記事項〕

【その他記載欄】



# 記入例

# 指定介護老人福祉施設等入所申込書

申込者(連絡先)今後、郵便物などはこの連絡先にお送りさせていただきます。

申込日	令和**年 **月 **日
受付日	令和 年 月 日

〒	—
住所	〇〇市 〇〇 ****番地
氏名	〇〇 △△男 (続柄 長男)
電話	①**** (**)**** ②**** (****)****

入所後に身元引受人になられる方

携帯電話などがありましたらご記入ください

特別養護老人ホームに入所したいので、次のとおり申し込みます。

申し込み先 (入所希望施設)	特別養護老人ホーム ハートヴィレツチ		保険者	〇〇市
(フリガナ)	〇〇 □□□	性別	被保険者番号	00000****
氏名	〇〇 □□子	男・女	要介護度	1・2・3・4・5
生年月日	明・大・昭 年 月 日( 歳)		要介護認定期間	令和**年 **月 **日から 令和**年 **月 **日まで
現住所	〒****-**** 〇〇市 〇〇 ****番地		電話番号	****-**-****
入所希望者の状況	<input type="checkbox"/> 自宅で一人で暮らしている <input type="checkbox"/> 自宅で家族と暮らしている <input type="checkbox"/> 特養などの施設や、病院に入院している 「施設や病院に入院している」方は記入してください。 ◇入所施設または病院名: _____ ◇所在地(市区町村のみ) ◇入所または入院時期:平成・令和 年 月 日から 入所・入院 して			
入所希望者の状況	1. 入所申込ができるのは原則として要介護度3以上の方です。 (要介護1・2の方については、入所を必要とするやむを得ない理由が必要となることから、次の2欄も回答してください。 <input type="checkbox"/> 介護する者がいないため。 <input type="checkbox"/> 介護する者が「高齢」、「障害」、「疾病」等により十分な介護が困難なため。 <input type="checkbox"/> 介護者が就労していることから、十分な介護が困難なため。 <input type="checkbox"/> 介護者の身体的・精神的負担が大きき十分な介護が困難なため。 <input type="checkbox"/> 居住環境の事情により十分な介護が困難なため。 <input type="checkbox"/> 施設や病院等から退所を求められているが、自宅での介護が困難なため。 <input type="checkbox"/> その他( ) 2. 要介護度1・2の方については、以下該当するものを回答してください。 <input type="checkbox"/> 認知症である物であって、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。 <input type="checkbox"/> 知的障害・精神障害等を伴い、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。 <input type="checkbox"/> 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である。			
入所希望時期	<input type="checkbox"/> 今すぐ入所したい <input type="checkbox"/> 令和 年 月頃までに入所したい			
医療の状況	<input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> インシュリン注射 <input type="checkbox"/> その他( ) 【現在治療中の病気・内服薬・特記事項など】 ご自宅または病院で行っている医療行為についてご記入ください。			
申込状況	<input type="checkbox"/> 当該施設のみ申し込む。 <input type="checkbox"/> 他の施設も申し込んでいる。または今後他の施設も申し込む予定 ◇既に申し込んでいる他の施設名( ) ( ) ( ) ◇今後申し込む予定の他の施設名( ) ( ) ( )			

介護保険証から抜

要介護度3~5の方

要介護度1・2の方はこちらにもご記入ください

入所を希望する理由(該当するものすべてを選んでください)

身 体 の 状 況	歩行	① <input type="checkbox"/> 自分で可能 <input type="checkbox"/> やや不安 <input type="checkbox"/> 不可能		
		② <input type="checkbox"/> つたい歩き <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> 寝たきり		
	食事	① <input type="checkbox"/> 自分で可能 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 経管栄養 (主食: ご飯・お粥・ミキサー) (おかず: 普通・きざみ・ミキサー)		
	入浴	① <input type="checkbox"/> 自分で可能 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 ② <input type="checkbox"/> 誘導 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> 一般浴槽 <input type="checkbox"/> 機械浴		
	排泄	① <input type="checkbox"/> 自分で可能 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 ② <input type="checkbox"/> はくパンツ <input type="checkbox"/> おむつ <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ <input type="checkbox"/> 夜間のみおむつ		
着 脱 衣	① 上着	<input type="checkbox"/> 自分で可能 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		
	② スポン	<input type="checkbox"/> 自分で可能 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		
生 活 の 状 況	活動状況	(対人関係など) 他者との関わりについて、特記事項があれば記入してください (例)人と話すのが好き、老人クラブによく行っていた、人と話すことが嫌い、一人でいたい 等		
	趣味嗜好	昔から好きでやっていた事、趣味などがあれば記入してください (例)盆栽、手芸、和裁、新聞を読むこと 等		
健 康 状 況	今までにかかった病気	①	(昭和〇〇年 〇月頃)	
		②	過去に診断された病名を記入してください (昭和△△年 △月頃)	
		③	(例)脳梗塞・糖尿病・高血圧・心筋梗塞 等 (平成□□年 □月頃)	
		④	( 年 月頃)	
		⑤	( 年 月頃)	
	通院	<input type="checkbox"/> していない <input type="checkbox"/> している( 病院) 通院または入院している場合やお薬を飲んでいる場合は記入してください ◇くすり : <input type="checkbox"/> 飲んでいる <input type="checkbox"/> 飲んでいない		
主 た る 介 護 者	(フリガナ)		性別	本人との関係
	氏名		男・女	生年月日
	同居の区分	<input type="checkbox"/> 同居している <input type="checkbox"/> 別居している(住所: )		電話: 大・昭・平 年
	意見	【介護をしているうえで困っていること等】 在宅で生活することが困難な理由を記入してください (左記の入所を希望する理由の具体的な事柄を記入してください)  【居室の希望】 個室・多床室 希望のお部屋のタイプがありましたら○をしてください。		

現在の状態を記入してください

自宅などで主に介護や面倒をみている方のお名前を記入してください

(注) 1. 記入上のお願い:各項目ごとに該当する箇所に ✓ または○をつけてください。  
2. 申請中の場合は、要介護度が確定してから記入してください。

# 記入例

## 指定介護老人福祉施設等入所調査票

氏名 入所希望者の氏名

記入者氏名 記入された方の氏名・印

### 1 本人の状況

要介護度	要介護	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
日常生活自立度		<input type="checkbox"/> IIIa以上	<input type="checkbox"/> IIb	<input type="checkbox"/> IIa	<input type="checkbox"/> I	<input type="checkbox"/> 自立
認知症による不適切行動		<input type="checkbox"/> 常に多い	<input type="checkbox"/> やや多い	<input type="checkbox"/> 少しあり	<input type="checkbox"/> なし	
具体的項目		<input type="checkbox"/> 被害的	<input type="checkbox"/> 作話	<input type="checkbox"/> 幻視幻聴	<input type="checkbox"/> 感情が不安定	<input type="checkbox"/> 昼夜逆転
		<input type="checkbox"/> 暴言暴行	<input type="checkbox"/> 同じ話をする	<input type="checkbox"/> 大声を出す	<input type="checkbox"/> 介護に抵抗する	
		<input type="checkbox"/> 常時の徘徊	<input type="checkbox"/> 落ち着かない	<input type="checkbox"/> 外出して戻れない	<input type="checkbox"/> 収集癖	
		<input type="checkbox"/> 一人で外に出たがる	<input type="checkbox"/> 火の不始末	<input type="checkbox"/> 物や衣類を壊す	<input type="checkbox"/> 不潔行為	
		<input type="checkbox"/> 異食行動	<input type="checkbox"/> 性的迷惑行為	<input type="checkbox"/> ひどい物忘れ	<input type="checkbox"/> その他( )	

別表2を参考に  
してご記入ください

当てはまるものが  
あれば全て記入  
してください

介護をしている方の状況を記入して下さい

老人保健施設や病院に入院されている場合であっても、  
住所変更をしていない方は、こちらにご記入ください

### 2 主たる介護者・家族などの状況

① 世帯の状況	<input type="checkbox"/> 独居	<input type="checkbox"/> 高齢者世帯	<input type="checkbox"/> 家族と同居	<input type="checkbox"/> その他( )
② 介護者の年齢・続柄	( ○○ 歳) ・ 続柄:長男、長女など			
③ 介護者の介護負担	<input type="checkbox"/> 重い	<input type="checkbox"/> やや重い	<input type="checkbox"/> 軽い	<input type="checkbox"/> 負担なし
④ 介護者の障害や疾病	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり(介護をしている方に病気や障害がある場合)		
⑤ 介護者の就労	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり(職種等:会社員など ○日/週、 ○時間/ )		
⑥ 他の要介護者	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり(要支援・要介護 1・2・3・4・5)		
⑦ 介護者の育児・家族の病気	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり(介護をしている方以外の家族に病気がある場合)		
⑧ 介護者の介護の関わり方	<input type="checkbox"/> 介護困難	<input type="checkbox"/> 非常に困難	<input type="checkbox"/> やや困難	<input type="checkbox"/> ふつう
⑨ 他の同居介護補助者	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり(続柄: 日/週 程度)		
⑩ 別居血縁者介護協力	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり(続柄: 日/週 程度)		
⑪ 近隣者等の介護協力	<input type="checkbox"/> ほとんどなし	<input type="checkbox"/> 随時あり	<input type="checkbox"/> 常時あり	

①~⑪  
記入漏れ  
のないよう  
お願いします

### 3 現在の状況

現在の状況を記入して下さい

施設などに入所している	<input type="checkbox"/> していない	<input type="checkbox"/> している
施設種別	<input type="checkbox"/> 特別養護老人ホーム	<input type="checkbox"/> 老人保健施設
	<input type="checkbox"/> ケアハウス	<input type="checkbox"/> グループホーム
入所期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日	
病院などに入院している	<input type="checkbox"/> 入院していない	<input type="checkbox"/> 入院している
入院期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日	

### 4 記入者の意見

介護をしているうえでお困りのこと、施設に対する希望などがありましたら、  
記入してください。

# 添付書類1

## 介護保険被保険者証

		(一)	(二)	(三)			
介護保険被保険者証		要介護状態区分等		給付制限	内容	期 間	
被 保 険 者	番 号	認定年月日				開始年月日	終了年月日
	住 所	認定の有効期間	～			開始年月日	終了年月日
	フリガナ	区分支給限度基準額			開始年月日	終了年月日	
	氏 名	居宅サービス等 1月あたり			開始年月日	終了年月日	
生年月日	性別 男・女	サービス種類	種類支給限度基準額	居宅介護支 援事業者又 は介護予防 支援事業者 及びその事 業所の名称	届出年月日		
交付年月日		(うち 種類支給限度 基準額)			届出年月日		
					届出年月日		
保険者番号	み [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]	認定審査会 の意見及び サービスの 種類の指定	み ほ ん	介護 保 険 協 会 等	種類 名称	入会 年月日 入会	み ほ ん
並びに保険 者名称及び 印	み ほ ん [ ] 市				種類 名称	入会 年月日 入会	み ほ ん
					種類 名称	退会 年月日 退会	

## 添付書類2

# 介護保険負担割合証

様式第 号(第 条関係)

(裏面)

(表面)

<b>見本</b>		<b>注意事項</b>	
一 介護サービス又は介護予防・生活支援サービス事業のサービスを受けようとするときは、必ずこの証を事業者又は施設の窓口へ提出してください。		一 介護保険負担割合証は介護予防・生活支援サービス事業のサービスの利用に要した費用のうち、「適用期間」欄に記載された割合分の金額をお支払いし、残額は利用者負担となります。	
二 介護サービスは介護予防・生活支援サービス事業のサービスの利用に要した費用のうち、「適用期間」欄に記載された割合分の金額をお支払いし、残額は利用者負担となります。		二 介護サービスは介護予防・生活支援サービス事業のサービスの利用に要した費用のうち、「適用期間」欄に記載された割合分の金額をお支払いし、残額は利用者負担となります。	
三 被保険者が、この証の適用期間中に、転居する場合は、この証を転居先の市町村に提出してください。		三 被保険者が、この証の適用期間中に、転居する場合は、この証を転居先の市町村に提出してください。	
四 この証の適用期間中に、転居する場合は、この証を転居先の市町村に提出してください。		四 この証の適用期間中に、転居する場合は、この証を転居先の市町村に提出してください。	
五 不正にこの証を使用した者は、刑法により詐欺罪として懲役の処分を受けます。		五 不正にこの証を使用した者は、刑法により詐欺罪として懲役の処分を受けます。	
六 利用時支払額を二割とする措置（給付額減額）を受けている場合は、この証に記載された利用者負担の割合よりも、当該措置が優先されます。		六 利用時支払額を二割とする措置（給付額減額）を受けている場合は、この証に記載された利用者負担の割合よりも、当該措置が優先されます。	

# 介護保険負担限度額認定証(該当者のみ)

(表)

(裏)

<b>介護保険負担限度額認定証</b>	
交付年月日 年 月 日	
被保険者	番号
被保険者	住所
被保険者	フリガナ
被保険者	氏名
被保険者	生年月日 年 月 日 性別
被保険者	適用年月日 年 月 日 から
被保険者	有効期限 年 月 日 まで
食費の負担限度額	円
居住費又は滞在費の負担限度額	円
	円
	円
	円
保険者番号並びに保険者の名称及び印	

<b>注意事項</b>	
1 この証によって指定介護福祉施設サービス、短期入所生活介護、介護予防短期入所生活介護及び地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護(この証の表面において「特養等」という。)並びに介護保健施設サービス、指定介護療養施設サービス、短期入所療養介護及び介護予防短期入所療養介護(この証の表面において「老健・療養等」という。)を受け、又は居住若しくは滞在する施設において、負担限度額が支払の上限となる。	
<b>見本</b>	
2 前号に規定するサービスを利用するときは、被保険者証とともに必ずこの証を特定介護保険施設等の窓口へ提出してください。	
3 被保険者の資格がなくなったとき、認定の条件に該当しなくなったとき又は負担限度額認定証の有効期限に至ったときは、遅滞なく、この証を市に返してください。また、転出の届出をする際には、この証を添えてください。	
4 この証の表面の記載事項に変更があったときは、14日以内に、この証を添えて、市にその旨を届け出てください。	
5 不正にこの証を使用した者は、刑法により詐欺罪として懲役の処分を受けます。	

# 特別養護老人ホーム ハートヴィレッヂ 料金表



※月の料金は1ヶ月を30日として計算した目安です。

## ☆ 介護福祉施設 サービス費

介護福祉施設サービス費(多床室)			
要介護1	573	円/日 (	17,190 円/月)
要介護2	641	円/日 (	19,230 円/月)
要介護3	712	円/日 (	21,360 円/月)
要介護4	780	円/日 (	23,400 円/月)
要介護5	847	円/日 (	25,410 円/月)

介護福祉施設サービス費(従来型個室)			
要介護1	573	円/日 (	17,190 円/月)
要介護2	641	円/日 (	19,230 円/月)
要介護3	712	円/日 (	21,360 円/月)
要介護4	780	円/日 (	23,400 円/月)
要介護5	847	円/日 (	25,410 円/月)

小規模生活単位型介護福祉サービス費(ユニット型個室)			
要介護1	652	円/日 (	19,560 円/月)
要介護2	720	円/日 (	21,600 円/月)
要介護3	793	円/日 (	23,790 円/月)
要介護4	862	円/日 (	25,860 円/月)
要介護5	929	円/日 (	27,870 円/月)

## ☆ 居住費

基準費用額(多床室)			
	855	円/日 (	25,650 円/月)
負担限度額	第1段階	0	円/日 ( 0 円/月)
	第2段階	370	円/日 ( 11,100 円/月)
	第3段階①	370	円/日 ( 11,100 円/月)
	第3段階②	370	円/日 ( 11,100 円/月)

基準費用額(従来型個室)			
	1,171	円/日 (	35,130 円/月)
負担限度額	第1段階	320	円/日 ( 9,600 円/月)
	第2段階	420	円/日 ( 12,600 円/月)
	第3段階①	820	円/日 ( 24,600 円/月)
	第3段階②	820	円/日 ( 24,600 円/月)

基準費用額(ユニット型個室)			
	2,006	円/日 (	60,180 円/月)
負担限度額	第1段階	820	円/日 ( 24,600 円/月)
	第2段階	820	円/日 ( 24,600 円/月)
	第3段階①	1,310	円/日 ( 39,300 円/月)
	第3段階②	1,310	円/日 ( 39,300 円/月)

## ☆ 食費

基準費用額			
	1,583	円/日 (	47,490 円/月)
負担限度額	第1段階	300	円/日 ( 9,000 円/月)
	第2段階	390	円/日 ( 11,700 円/月)
	第3段階①	650	円/日 ( 19,500 円/月)
	第3段階②	1,360	円/日 ( 40,800 円/月)

## ☆ おやつ

基準費用額			
	50	円/日 (	1,500 円/月)

※特別食・理美容・レクリエーション・歯ブラシなどの日用品は実費負担となります。

## ☆ その他の介護保険加算

- ◎ サービス提供体制強化加算(Ⅱ) 18 円/日
- ◎ 看護体制加算(Ⅰ) 4 円/日
- ◎ 看護体制加算(Ⅱ) 8 円/日
- ◎ 科学的介護推進体制加算(Ⅱ) 50 円/月
- ◎ 介護職員処遇改善加算(Ⅰ) ※1カ月の総単位数×8.3%×10.45円
- ◎ 介護職員特定処遇改善加算(Ⅱ) ※1カ月の総単位数×2.3%×10.45円
- ◎ 介護職員等ベースアップ等支援加算 ※1カ月の総単位数×1.6%×10.45円

- 注1 療養食加算 6 円/回
- 注2 経口移行加算 28 円/日
- 注3 口腔衛生管理加算 90 円/月

### 介護保険外の実費負担

- ・理美容 (1,500円)
- ・貴重品管理費 (100円/日)
- ・喫茶代 (700円/月) など

注4 看取り介護加算	72	円/日	(死亡日45日前～31日前)
	144	円/日	(死亡日4日前～30日前)
	680	円/日	(死亡日前日、前々日)
	1,280	円/日	(死亡日)
注5 排せつ支援加算	10	円/月	

## 特別養護老人ホーム ハートヴィレッチ 料金表

- 注1: 医師の指示せんに基づく療養食を提供した場合に加算となります。
- 注2: 経管栄養により栄養摂取する入所者様について経口摂取をすすめるために、医師の指示に基づき経口移行計画を作成し、栄養管理を行う場合に180日を限度に、加算となります。
- 注3: 歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が、施設の介護職員に対して利用者の口腔ケアに係る技術指導等を年2回以上行い、口腔ケアマネジメントに係る計画書が作成された場合に加算となります。
- 注4: 医師が終末期にあると判断した利用者について、本人又は家族等の同意を得ながら看取り介護を行った場合に加算となります。
- 注5: 排泄にかかる要介護状態を軽減できると判断し、多職種が協働で支援計画を作成・実施した場合に加算となります。

☆要介護3・ユニット型個室・負担限度額認定「なし」の場合 ☆要介護3・ユニット型個室・負担限度額認定「2段階」の場合

ユニット型個室		単位:円
第4段階	要介護3	
介護福祉施設サービス費	793	
食費	1583	
おやつ	50	
居住費	2006	
サービス提供体制強化加算	18	
看護体制加算 I	4	
看護体制加算 II	8	
1日あたり	4462	
<b>30日間</b>	<b>137057.7</b>	
処遇改善加算	2141	
特定処遇改善加算	593	
科学的介護推進体制加算	50	
介護職員等ベースアップ等支援加算	413	

ユニット型個室		単位:円
第2段階	要介護3	
介護福祉施設サービス費	793	
食費	390	
おやつ	50	
居住費	820	
サービス提供体制強化加算	18	
看護体制加算 I	4	
看護体制加算 II	8	
1日あたり	2083	
<b>30日間</b>	<b>65688</b>	
処遇改善加算	2141	
特定処遇改善加算	593	
科学的介護推進体制加算	50	
介護職員等ベースアップ等支援加算	413	

☆要介護3・多床室(4人部屋)・負担限度額認定「なし」の場合 ☆要介護3・多床室・負担限度額認定「2段階」の場合

多床室		単位:円
第4段階	要介護3	
介護福祉施設サービス費	712	
食費	1583	
おやつ	50	
居住費	855	
サービス提供体制強化加算	18	
看護体制加算 I	6	
看護体制加算 II	/	
1日あたり	3224	
<b>30日間</b>	<b>99585</b>	
処遇改善加算	1915	
特定処遇改善加算	531	
科学的介護推進体制加算	50	
介護職員等ベースアップ等支援加算	369	

多床室		単位:円
第2段階	要介護3	
介護福祉施設サービス費	712	
食費	390	
おやつ	50	
居住費	370	
サービス提供体制強化加算	18	
看護体制加算 I	6	
看護体制加算 II	/	
1日あたり	1546	
<b>30日間</b>	<b>49245</b>	
処遇改善加算	1915	
特定処遇改善加算	531	
科学的介護推進体制加算	50	
介護職員等ベースアップ等支援加算	369	

# ハートヴィレッチ 健康診断書

氏名		生年月日 M・T・S 年 月 日( 歳)				
住所						
病名						
既往歴						
診 断 項 目 等	① 胸部X線撮影又は結核喀痰検査(塗抹検査)	異常	有	無		
	② 梅毒反応検査(TPHA定性試験)		陽性	陰性		
	③ 肝炎抗原・抗体検査	HBs抗原		陽性	陰性	
		HCV抗体		陽性	陰性	
	④ 疥癬・その他の皮膚疾患と部位			有	無	(部位: )
	⑤ その他の伝染性疾患(MRSA)			有	無	
⑥ アレルギー			有	無		
⑦ その他(胃ろう・IVH・気管切開・ペースメーカー・酸素療法・カテーテル)						
認知症状	認知障害 ( あり ・ なし ) 具体的な症状 検査年月日: 年 月 日					
褥瘡	褥瘡 ( あり ・ なし ) / 部位・具体的な症状 検査年月日: 年 月 日					
○ 服薬中の薬						
○ 検査結果陽性時の主治医の意見						
上記の通り診断します。						
令和 年 月 日		医療機関				
		医師氏名				
		Ⓜ				