

入所申し込み時の必要書類

・入所申し込みをされる場合以下の書類をご準備下さい。

1. 入所申し込み書

2. 介護支援専門員意見書

(在宅サービスをご利用されている方は、ケアマネージャー様にお渡しし、記入して頂いて下さい。

老人保健施設や病院にて入院されている方は、ソーシャルワーカー様にお渡しし、記入して頂いて下さい。)

3. 保険証類のコピー

(後期高齢者医療保険証・介護保険証・割合証・負担限度額認定証・身体障害者手帳など) その方によって、違いますので、あるものすべての保険証類のコピーをお願い致します。

4. 直近のサービス提供表のコピー

(在宅サービスをご利用の方のみ)

*封筒の中には、入所申し込み書、入所申し込み書の記入の仕方、介護支援専門員意見書、料金表が入っております。入所申し込み書については、入所申し込み書の記入の仕方を参照の上、ご記入下さい。

*上記(1～4)の書類がそろわれましたら、アルペンハイツへ郵送して頂きたいと思いません。

(現在、感染予防対策を実施している為)

*ご不明な点がございましたら、アルペンハイツの方へご連絡下さい。

〒931-8435

富山市小西 170

特別養護老人ホーム

アルペンハイツ

076-451-5225

(担当) 長谷川

(様式例1)

特別養護老人ホーム入所申込書

記入の
仕方で

特別養護老人ホーム

施設長

入所希望者様

受付日 年 月 日

特別養護老人ホームに入所を申込みます。

の氏名を記入

申し込み者
記入

主たる介護者の意見	「家庭での介護を続けることが困難な事情等を具体的に記入してください。」
-----------	-------------------------------------

記入をお願
します

フリガナ	性別	フリガナ	続柄
氏名	男・女	氏名	
生年月日	明・大・昭 年 月 日 (歳)	住所	〒
住所	〒	住所	〒
今後の連絡先	住所〒	氏名	〒
被保険者番号		身体障害者手帳等の有無	有・無 ()
要介護度	1・2・3・4・5		
現況	1 自宅で独り暮らし 2 高齢者世帯 3 家族と同居 4 施設又は病院に入所(院)中 施設名又は病院名 5 その他 ()		
入所申込理由 (該当するものすべてを選んでください。)	<input type="checkbox"/> 介護する者がいない。 <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。 <input type="checkbox"/> 介護者が就労しているため、十分な介護が困難。 <input type="checkbox"/> 介護者の身体的・精神的負担が大きく十分な介護が困難。 <input type="checkbox"/> 居住環境の事情により十分な介護が困難。 <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。 <input type="checkbox"/> その他 ()		
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 【現在受診している病院・診療所名及び科名】 []		
他施設等申込状況	有・無	有の場合施設名をご記入ください。 1 2 3 4	
主たる介護者	フリガナ 氏名	生年月日	本人との続柄 同居の区分 同居・別居
	身体障害者手帳等の有無	有・無 ()	要介護認定の有無 有・無 支援1・支援2・1・2・3・4・5
同居家族構成	氏名	続柄	氏名 続柄 摘要
説明	入所指針により、入所順位決定方法について説明を受けましたので、同意し、入所を申込みます。 令和 年 月 日		
同意	申込者氏名		印

介護番号・介護度

入所が決まる場合の連絡先
病院名記入

該当のものにチェック

かかりつけ医記入

アルペン以外
の申し込み先も記入

主たる介護者も記入

記入された日
申し込み者の氏名を記入

【要介護1又は要介護2の方の申込みの場合は、下記についても記入してください】

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のやむを得ない事由(下記ア～エ)のうち、該当する項目にチェックのうえ、具体的な状況を記入してください。

- ア 認知症であって、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。
- イ 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
- ウ 家族等から深刻な虐待を受けていること等により、心身の安全・安心の確保が困難である。
- エ 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。

具体的な状況

要介護1.2以外の方は記入しなくていいです

アルペン以外 特別養護老人ホーム入所申込書について、富山県又は市町村から求められた場合や富山県又は市町村に報告する必要がある場合には、提出することに同意します。

令和 年 月 日

申込者氏名 _____ 印 _____

※ 記載方法については、別紙を参考ください。

記入された日
申し込み者の氏名を記入

(様式例2)

面接調査書

令和 年 月 日面接調査

Table with 2 columns: Name/Category, Value. Rows: 特養名, 本人氏名, 入所申込者

1 本人の状態

ア 要介護度：申込書を参照し確認

要介護度 1 2 3 4 5

イ 行動障害等の有無

認知症高齢者日常生活自立度 I・IIa・IIb・IIIa・IIIb・IV・M

ウ その他(入浴、排泄、食事等や認知症の状況についての特記事項など ※知的障害・精神障害の内容確認も含む)

エ 世帯状況(本人が施設又は病院に入所(院)中の場合は、入所(院)前の状況)

①自宅で一人暮らし ②高齢者世帯 ③家族と同居 ④不明

2 要介護者の生活などの状況

(1) 待機場所(入所・入院施設の期間等)

ア 自宅

イ 軽費老人ホーム(ケアハウス含む) ()

ウ 養護老人ホーム(生活支援ハウス含む) ()

エ 有料老人ホーム(特定施設を除く) ()

オ サービス付き高齢者向け住宅 ()

カ 医療機関(一般病床、医療療養病床) ()

キ 特定施設入居者生活介護 ()

ク 介護老人保健施設 ()

ケ 介護療養型医療施設 ()

コ 認知症高齢者グループホーム ()

サ 他の特別養護老人ホーム ()

シ 入所(入院)中だが、早期の退所(院)を求められている (「年 月まで」)

ス その他 ()

(2) 在宅サービス利用状況

Table with 2 columns: 要介護度, 限度額(単位). Rows: 1, 2, 3, 4, 5

- ア 訪問介護 (単位)
イ 通所介護 (単位)
ウ 訪問看護 (単位)
エ 短入生介 (単位)
オ 短入療介 (単位)
カ 訪問入浴 (単位)
キ 訪問リハ (単位)
ク 通所リハ (単位)
ケ 福用貸与 (単位)
コ その他 (単位)

(3) 入所申込の理由：申込書を参照し確認

3 介護者などの状況

(1) 家族の構成：入所申込書参照し面接確認 ()

(2) 介護者の有無： // ()

(3) 主たる介護者の年齢： // ()

(4) 主たる介護者の健康

ア 介護者自身が要支援者又は要介護者 ()

イ 健康に不安がある(高齢、障害、疾病(通院月 回)、その他) ()

ウ 健康である

エ その他 ()

(5) 主たる介護者の介護可能時間

ア 主たる介護者の就業状態 常勤 パート 専業主婦(夫) その他 ()

イ 日中(午前7:00~午後7:00)に介護にかかわれる時間 約 (時間)

夜間(午後7:00~午前7:00)に介護(オムツ交換等)を行っているか 約 (時間)

ウ 2人以上の要介護者がいる(「人」) ()

エ 家族に入院、入所者がいるため付添に行っている1日約 (時間)

オ その他 ()

(6) 主介護者以外の家族、親族の協力状況

ア ほとんどなし

イ 別居の家族(親族)が協力 協力者数 人

ウ 同居の家族(親族)が協力 協力者数 人

エ その他 ()

(7) 住環境(バリアフリー対応の有無等)

()

(8) 在宅介護期間 (年 箇月)

4 その他(特記事項(本人の現在の生活についての訴え等))

Table with 2 columns: 担当介護支援専門員等氏名, 所属事業者等名

介護支援専門員等に意見を求めることについて、同意します。
申込者 印

入所申込者 氏名		所属事業所名	Tel
入所申込者 住所	Tel	介護支援専門 員等氏名	印

次の事項について、把握されている範囲で記入をお願いします。

1 本人の状態

- ア 要介護度： 要介護度 1・2・3・4・5
- イ 認知症の有無： 認知症高齢者日常生活自立度 I・IIa・IIb・IIIa・IIIb・IV・M
- ウ 行動障害等の有無： 有（内容： ） ・ 無
- エ その他（ ）

2 本人の生活等の状況（在宅サービス等の利用状況）

ア 在宅サービスの利用状況（直近1ヶ月の在宅サービス利用状況）

訪問介護	通所介護	訪問看護	短期入所生活介護	短期入所療養介護
単位	単位	単位	単位	単位
訪問入浴	訪問リハビリテーション	通所リハビリテーション	福祉用具貸与	その他()
単位	単位	単位	単位	単位

イ その他（居所の状況、本人の現在の生活に対する訴え等）

()

3 家族・介護者等の状況

ア 主介護者の状況（主介護者の有無、健康状態等）

()

イ 主介護者の介護の関わり（就労、育児等による介護可能時間の有無）

()

ウ 主介護者以外の家族等の協力状況

()

エ 住環境（劣悪な住環境、バリアフリー対応等）

()

オ その他（介護者の心的負担の状況、経済状況、本人の現在の生活に対する訴え等の特記事項）

()

4 在宅（現在の居所）での介護の継続について（下記から選択願います）

- 現在の状況で継続可能
- 在宅サービスの追加等で継続可能
- 在宅介護の継続は困難（※下記に具体的理由を記載願います）

【在宅介護の継続が困難な具体的理由】

※居宅介護支援事業所の介護支援専門員が関わっていない場合には、他の適当な者（病院のソーシャルワーカー、他の施設の介護支援専門員、生活相談員等）にご協力を求めてください。

○介護福祉施設サービス費(Ⅰ)＜ユニット型個室＞

アルペンハイツ 1割

要介護区分	負担段階	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨(=①~⑧の合計)	⑩(=⑨×8.3%)	⑪(=⑨×2.7%)	⑫(⑩+⑪+⑫)×10.14×0.1	⑬	⑭	⑮
		月額利用料(1日単位)	日常生活総額 支援加算Ⅱ	看護体制 加算Ⅰ	看護体制 加算Ⅱ	夜勤職員 配置加算Ⅱ	痴呆ケアマネジメント 強化加算	個別機能 訓練加算	9月30日までの 上乗せ分	合計単位数	合計単位数× 介護職員処遇改善加算(Ⅰ)	合計単位数× 介護職員等特定処遇改善加算(Ⅰ)	利用者負担額(1割負担) ×10.14円(富士市の地域加算)	月額居住費	月額食費	月額負担
要介護度①	第1段階	19,560 (@652)							1	23,011	1910	621	25,899	24,600	9,000	59,499
	第2段階													11,700	62,199	
	第3段階													39,300	19,500	84,699
	第4段階													60,300	43,800	129,999
要介護度②	第1段階	21,600 (@720)						1	25,051	2079	676	28,195	24,600	9,000	61,795	
	第2段階												11,700	64,495		
	第3段階												39,300	19,500	86,995	
	第4段階												60,300	43,800	132,295	
要介護度③	第1段階	23,790 (@793)	1380 (@46)	180 (@6)	390 (@13)	810 (@27)	330 (@11)	360 (@12)	1	27,241	2261	736	30,661	24,600	9,000	64,261
	第2段階													11,700	66,961	
	第3段階													39,300	19,500	89,461
	第4段階													60,300	43,800	134,761
要介護度④	第1段階	25,860 (@862)						1	29,311	2433	791	32,990	24,600	9,000	66,590	
	第2段階												11,700	69,290		
	第3段階												39,300	19,500	91,790	
	第4段階												60,300	43,800	137,090	
要介護度⑤	第1段階	27,870 (@929)						1	31,321	2600	846	35,253	24,600	9,000	68,853	
	第2段階												11,700	71,553		
	第3段階												39,300	19,500	94,053	
	第4段階												60,300	43,800	139,353	

※各月額30日計算

* その他の加算(1日あたり) * (以下の加算は個人によって算定が異なります。)

- ・入院、外泊時加算 (入院及び外泊の場合、翌日より月に6日を限度として、基本料金に代えて算定) 1,476 円
- ・初期加算 (入所及び30日を超える入院後に再び入所した場合、30日加算) 900 円

(30日あたり)

- ・療養食加算(1食) 540 円
- ・経口維持加算(Ⅰ) 400 円
- ・経口維持加算(Ⅱ) 100 円
- ・生活機能向上連携加算 100 円
- ・再入所時栄養連携加算 400 円
- ・低栄養リスク改善加算 300 円
- ・認知症専門ケア加算(Ⅰ) 90 円
- ・褥瘡マネジメント加算 10 円
- ・排泄支援加算 100 円
- ・認知症専門加算(Ⅱ) 120 円
- ・自立支援促進加算 300 円

* 月々の利用料の出し方 *

⑩~⑫の合計をすると月々の金額(⑮)が分かります。

※コロナウイルス感染症に対応する為、令和3年9月30日まで基本報酬に0.1%が上乗せされます。(小数点以下、切り上げ)

○介護福祉施設サービス費(Ⅰ)＜ユニット型個室＞

アルペンハイツ 2割

要介護度区分	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨(=①~⑧の合計)	⑩(=⑨×8.3%)	⑪(=⑨×2.7%)	⑫(②+③+④)×10.14×0.2 利用者負担額(2割負担) ×10.14円[富山市の地域加算]	⑬	⑭	⑮
	月額利用料(1日単位)	日常生活継続 支援加算Ⅱ	看護体制 加算Ⅰ	看護体制 加算Ⅱ	夜勤職員 配置加算Ⅱ	栄養ケアマネジメント 強化加算	個別機能 訓練加算	9月30日までの 上乗せ分	合計単位数	合計単位数× 介護職員処遇改善加算(Ⅰ)	合計単位数× 介護職員等特定処遇改善加算(Ⅰ)		月額居住費	月額食費	月額負担
要介護度①	19,560 (@652)							1	23,011	1910	621	51,799	60,300	43,800	155,899
要介護度②	21,600 (@720)							1	25,051	2079	676	56,390	60,300	43,800	160,490
要介護度③	23,790 (@793)	1380 (@46)	180 (@6)	390 (@13)	810 (@27)	330 (@11)	360 (@12)	1	27,241	2261	736	61,322	60,300	43,800	165,422
要介護度④	25,860 (@862)							1	29,311	2433	791	65,980	60,300	43,800	170,080
要介護度⑤	27,870 (@929)							1	31,321	2600	846	70,507	60,300	43,800	174,607

※各月額30日計算

その他の加算(1日あたり) (以下の加算は個人によって算定が異なります。)

- ・入院、外泊時加算 1,476 円
(入院及び外泊の場合、翌日より月に6日を限度として、基本料金に代えて算定)
- ・初期加算 900 円
(入所及び30日を超える入院後に再び入所した場合、30日加算)

- ・療養食加算 540 円
- ・経口維持加算(Ⅰ) 400 円
- ・経口維持加算(Ⅱ) 100 円
- ・生活機能向上連携加算 100 円
- ・再入所時栄養連携加算 400 円
- ・低栄養リスク改善加算 300 円
- ・認知症専門ケア加算(Ⅰ) 90 円
- ・褥瘡マネジメント加算 10 円
- ・排泄支援加算 100 円
- ・認知症専門ケア加算(Ⅱ) 120 円
- ・自立支援促進加算 300 円

※コロナウイルス感染症に対応する為、令和3年9月30日まで
基本報酬に0.1%が上乗せされます。
(小数点以下、切り上げ)

* 月々の利用料の出し方 *
⑨~⑫の合計をすると月々の金額(⑮)が分かります。

○介護福祉施設サービス費(Ⅰ)＜ユニット型個室＞

アルペンハイツ 3割

	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨(=①~⑧の合計)	⑩(=⑨×8.3%)	⑪(=⑨×2.7%)	⑫(⑨+⑩+⑪)×10.14×0.3	⑬	⑭	⑮
要介護度区分	月額利用料(1日単位)	日常生活継続支援加算Ⅱ	看護体制加算Ⅰ	看護体制加算Ⅱ	夜勤職員配置加算Ⅱ	栄養ケアマネジメント強化加算	個別機能訓練加算	9月30日までの上乗せ分	合計単位数	合計単位数× 介護職員処遇改善加算(Ⅰ)	合計単位数× 介護職員等特定処遇改善加算(Ⅰ)	利用者負担額(3割負担) ×10.14円(富山市の地域加算)	月額居住費	月額食費	月額負担
要介護度①	19,560 (@652)							1	23,011	1910	621	77,698	60,300	43,800	181,798
要介護度②	21,600 (@720)							1	25,051	2079	676	84,585	60,300	43,800	188,685
要介護度③	23,790 (@793)	1380 (@46)	180 (@6)	390 (@13)	810 (@27)	330 (@11)	360 (@12)	1	27,241	2261	736	93,983	60,300	43,800	198,083
要介護度④	25,860 (@862)							1	29,311	2433	791	98,971	60,300	43,800	203,071
要介護度⑤	27,870 (@929)							1	31,321	2600	846	105,761	60,300	43,800	209,861

※各月額30日計算

その他の加算(1日あたり) (以下の加算は個人によって算定が異なります。)

- ・入院、外泊時加算 1,476 円
(入院及び外泊の場合、翌日より月に6日を限度として、基本料金に代えて算定)
- ・初期加算 900 円
(入所及び30日を超える入院後に再び入所した場合、30日加算)

- ・療養食加算 540 円
- ・経口維持加算(Ⅰ) 400 円
- ・経口維持加算(Ⅱ) 100 円
- ・生活機能向上連携加算 100 円
- ・再入所時栄養連携加算 400 円
- ・低栄養リスク改善加算 300 円
- ・認知症専門ケア加算(Ⅰ) 90 円
- ・褥瘡マネジメント加算 10 円
- ・排泄支援加算 100 円
- ・認知症専門ケア加算(Ⅱ) 120 円
- ・自立支援促進加算 300 円

月々の利用料の出し方
⑨~⑫の合計をすると月々の金額(⑮)が分かります。

※コロナウイルス感染症に対応する為、令和3年9月30日まで
基本報酬に0.1%が上乗せされます。
(小数点以下、切り上げ)