

特別養護老人ホーム グリーンランドみずき
入居申込時の必要書類について

当施設への入居申込について、次の書類が必要となりますので、ご準備の程よろしくお願い致します。ご不明な点がございましたら、ご相談ください。

1) 入所申込兼台帳（標準様式1）

表面と裏面があります。裏面の「同意書」の欄には必ず署名・押印ください。

2) 入所選考調査表（標準様式2）

現在担当されているケアマネージャーへ記入を依頼してください。施設へ入所中の方は施設ケアマネージャーに、病院に入院中の方で担当のケアマネージャーがいない時は、病院の相談員に記入をご依頼ください。

3) 「介護保険被保険者証」「介護保険負担割合証」の写し

A4サイズでコピーをお願い致します。

4) 「介護保険負担限度額認定証」の写し

A4サイズでコピーをお願い致します。

※介護保険負担限度額とは、居住費や食費が所得に応じて上限額（負担限度額）が定められ、費用負担が軽減されます。お住まいの役所の介護保険課に行って手続きが必要です。対象者の方は「介護保険負担限度額認定証」が発行されます。ただし、所得に応じて発行されない場合もあります。

5) 「認定調査票（基本調査票）」の写し

控えをお持ちでない場合は、介護保険被保険者証に記載の保険者（区市町村）へご依頼ください。

6) 「直近3ヶ月分のサービス利用表及び別表」の写し

現在担当されているケアマネージャーへご依頼ください。

※在宅サービスの利用者様に限りますので、施設に入所中、病院に入院中の方はありません。

特別養護老人ホーム グリーンランドみずき
〒538-0054 大阪市鶴見区緑3丁目16番27号
TEL 06-6911-0012 fax 06-6911-2188

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。

（家族等代理の方の場合） 申込者連絡先	氏名：	続柄	申込日	平成	年	月	日		
	〒	-	受付日	平成	年	月	日		
	住所：		受付番号		担当者名				
			法人名						
	電話：		施設名						
			保険者への報告	不要 ・ 要	報告日	平成	年	月	日

指定介護老人福祉施設〔特別養護老人ホーム〕等に入所したいので、次のとおり申し込みます。

本人の状況	(フリガナ)		性別	保険者(番号)											
	氏名		男・女	被保険者番号											
	生年月日	明・大・昭	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
	要介護度	1・2・3・4・5 ↓ 要介護1又は2の方が入所するためには、下記のいずれかに該当することが必要です。 ご自身の判断で該当と思われる項目に印をつけてください。 ☐ 認知症があり、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る。 ☐ 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が頻繁に見られる。 ☐ 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。 ☐ 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。													
	障がいの程度	☐ 療育手帳あり (☐ A1 ☐ A2 ☐ B1 ☐ B2) ☐ 精神障がい者保健福祉手帳あり (☐ 1級 ☐ 2級 ☐ 3級)													
	自宅住所	〒	-		電話番号		市外局番	()							
	現況	☐ 自宅で一人暮らし ☐ 高齢者のみの世帯 ☐ 自宅で家族と暮らしている ☐ 他の施設や病院に入っている 「特養などの施設や病院に入っている方」は記入してください。 ◇ 施設名又は病院名： _____ ◇ 所在地(市区名のみ) _____ ◇ 入所又は入院期間：平成 年 月から入所・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。)	☐ 介護する者がいないため。 ☐ 介護する者が「高齢」、「障がい」、「疾病」等により十分な介護が困難なため。 ☐ 介護する者が就労していることから、(昼間独居となり常時の)十分な介護が困難なため。 ☐ 介護する者の身体的・精神的負担が大きく十分な介護が困難なため。 ☐ 介護する者が遠方で距離的に負担が大きく十分な介護が困難なため。 ☐ 居住環境の事情により十分な介護が困難なため。 ☐ 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。 ☐ 介護保険の居宅サービス給付の区分支給額を超えており、経済的負担が大きいため ☐ その他()													
	本人の入所意向	☐ 入所を希望している ☐ 迷っている ☐ 拒否してる ☐ 知らせていない ☐ 認知力低下により理解困難													
	在宅介護継続期間	年	か月	居宅サービスの利用の有無	☐ 有 (下記「申込日前月に利用中のサービス」についても記入してください) ☐ 無										
	申込日前月に利用中のサービス(月分)	訪問介護	回/月	訪問入浴	回/月	訪問看護	回/月								
		訪問リハ	回/月	居宅療養管理指導	回/月	通所介護	回/月								
		通所リハ	回/月	福祉用具貸与	品目	短期入所生活介護	日/月								
		短期入所療養介護	日/月												
入所希望時期	☐ 早期希望(1～3か月以内) ☐ 6か月以内 ☐ 1年以内 ☐ 1年以上()年以内														
利用している居宅介護支援事業者名	電話： ()			担当ケアマネジャー氏名											

本人の状況	医療の状況	☐ 経管栄養 ☐ 胃ろう ☐ 酸素療法 ☐ インシュリン自己注射 ☐ ストーマ(人工肛門)処置 ☐ カテーテル ☐ 中心静脈栄養 ☐ その他() 現在治療中の病名 _____ 受診している医療機関名 _____ 【特記事項】 _____	
	他施設への申込状況	☐ 当該施設のみ申し込む。 ☐ 他の施設も申し込んでいる、又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 () () () ◇ 特養待機期間(他施設も含む) _____ 年 _____ 月	

主たる介護者の状況	家族構成	☐ 親 ☐ 配偶者 ☐ 子 ☐ 孫 ☐ その他()計 _____ 人					
	(フリガナ)			性別	年齢	本人との関係	続柄() ☐ 同居 ☐ 別居 住所 電話番号 _____ 市外局番 _____ ()
	主たる介護者氏名			男・女	満歳		
	意見等(介護しているうえで困っていることなど)	(注:身体的状況(健康状態)や仕事の有無(週の勤務日数及び時間)などを記入してください)					
	同居以外の親族や援助者の有無	☐ 子 ☐ 兄弟・親戚等 ☐ 親族はいないが援助者有 ☐ 親族・援助者無					

同意書	入所の申込に当たり、その手続きについて説明を受けました。 また、介護保険サービス事業に関する次の事項について同意します。 ・本施設が介護保険者(市区町村)に対し、本申込書の内容及び施設入所選考に必要な情報を提供すること。 ・介護保険者(市区町村)が施設入所選考に係る意見を述べるにあたり、関係する機関又は団体から必要な情報を取得すること。 ・介護保険者(市区町村)が介護保険サービスの提供に際して、必要な情報を関係する機関又は団体及び介護サービス事業者(本施設を含む)に提供すること。 ・介護保険者(市区町村)が本施設に対し、本申込書の内容のうち、住所、要介護度、介護保険被保険者資格について変更があった場合、その他、入所選考に係る情報を提供すること。		
	平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日	入所希望者	氏名: _____ (印)
		家族等代理の方	氏名: _____ (印)
		主たる介護者の方	氏名: _____ (印)

注1 「認定調査票(基本調査)」・「介護保険被保険者証」・「直近3か月分のサービス利用票及び別表」の写しを添付してください。

注2 介護度などの要件や他施設へ入所されるなどの状況に変化があった場合は、すぐに施設へお知らせください。

注3 必要に応じて申込後の状況について、施設から確認や連絡をすることがあります。

注4 入所希望時期については、入所決定に際して、なんら影響を与えるものではありませんので、ありのままご記入ください。

大阪市指定介護老人福祉施設〔特別養護老人ホーム〕等入所選考調査票

表

入所申込者(本人)氏名		被保険者番号																	
受付番号		保険者(番号)																	

居宅介護支援事業者等名称		連絡先電話番号		()	
担当ケアマネジャー等氏名		職 種			

ケ ア マ ネ ジ ャ ー 記 入 欄	年 月 日 意 見 欄	要介護度	世帯の状況	在宅サービスの利用率	地域性	合計			
		1・2・3・4・5	☐ 単身世帯 ☐ 高齢者のみで介護者が要支援以上の世帯 ☐ その他の世帯	%	☐ 大阪市内 ☐ 隣接市				
			☐ 未利用 ☐ 入院・入所中						
		点	点	点	点				
		本人の心身の状況	認知症の状況 ☐ 無 ☐ 有						
			☐ 常時の介護や見守りが必要である ☐ 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 ☐ 寝たきりにより食事・排せつ・入浴等日常生活全般を通じ介護が必要である ☐ 多少の一部介助や見守りを必要とする ☐ ほとんど自立による日常生活が可能である ☐ その他()						
			世帯の状況	☐ 介護者が全くない ☐ 介護者はいるが他に介護や育児が必要な者がいる ☐ 介護者はいるが十分な介護が困難(高齢・障がい・疾病・就労・その他: ☐ 介護者が遠隔地にいる ☐ 介護者が近隣にいる ☐ 同居の介護者がいる(人) ☐ その他()					
				在宅生活継続の可能性	☐ 極めて困難 ☐ 在宅サービスを利用しても在宅生活に支障がある ☐ 検討の余地あり ☐ 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 ☐ その他()				
					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 ☐ 介護保険の利用限度額を超えて在宅サービスを自費負担しているなど経済的理由 ☐ その他()			
		住環境				☐ 居住環境の事情により十分な介護が困難(住居が狭いなど) ☐ 在宅サービスの利用に必要な住環境に支障がある ☐ 施設や病院から退所を求められている ☐ その他()			
参考事項	家族の負担感		☐ 介護疲れがひどい ☐ 在宅サービスを利用しているが介護疲れがある ☐ 在宅サービスの利用にて順調 ☐ 在宅サービスの利用はないが順調 ☐ 殆ど関わっていない						
	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ない ☐ 特に問題ない						
	入所についての本人の意思		☐ 強く拒否している ☐ 拒否傾向 ☐ 意思疎通が困難 ☐ 希望は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						
	特事項	要介護1・2は特例入所要件の情報も記載してください。							

施設名		入所申込書受付日	平成 年 月 日
施設受付番号		入所日	平成 年 月 日
保険者への報告 (特例入所)	平成 年 月 日	保険者 への意見	平成 年 月 日
		特例要件 要介護度等	平成 年 月 日

施設記入欄	年 月 日 入所日 V	医療の必要性	
		同居以外の親 族や援護者の 有無	
		在宅介護の可 能性・介護者の 事情	
		家族の介護負 担感	
		住環境の状況	
		その他	

施設記入欄	年 月 日 入所日 V	要介護度	介護者の有無	在宅サービスの利用率	地域性	合計
		1・2・ 3・4・ 5	☐ 単身世帯 ☐ 高齢者のみで介護者が要支援以 上の世帯 ☐ その他の世帯	% ☐ 未利用 ☐ 入院・入所中	☐ 大阪市内 ☐ 隣接市	
			点	点	点	点
		【評価すべき個別的事項等】				
施設記入欄	年 月 日 入所日 V	要介護度	介護者の有無	在宅サービスの利用率	地域性	合計
		1・2・ 3・4・ 5	☐ 単身世帯 ☐ 高齢者のみで介護者が要支援以 上の世帯 ☐ その他の世帯	% ☐ 未利用 ☐ 入院・入所中	☐ 大阪市内 ☐ 隣接市	
			点	点	点	点
		【評価すべき個別的事項等】				

別表 基本的評価基準

施設入所者等の在宅サービスの みなし利用率 ※2			在宅サービス				
			80%以上	60%以上 80%未満	40%以上 60%未満	20%以上 40%未満	20%未満
本人の状況・世帯の状況		評価点	35	30	25	20	15
要介護5	単身世帯	60	95	90	85	80	75
	高齢者のみ世帯で介護者が 要支援以上の世帯	55	90	85	80	75	70
	その他の世帯	50	85	80	75	70	65
要介護4	単身世帯	50	85	80	75	70	65
	高齢者のみ世帯で介護者が 要支援以上の世帯	45	80	75	70	65	60
	その他の世帯	40	75	70	65	60	55
要介護3	単身世帯	40	75	70	65	60	55
	高齢者のみ世帯で介護者が 要支援以上の世帯	35	70	65	60	55	50
	その他の世帯	30	65	60	55	50	45
要介護2 (特例入 所対象 者)	単身世帯	30	65	60	55	50	45
	高齢者のみ世帯で介護者が 要支援以上の世帯	25	60	55	50	45	40
	その他の世帯	20	55	50	45	40	35
要介護1 (特例入 所対象 者)	単身世帯	20	55	50	45	40	35
	高齢者のみ世帯で介護者が 要支援以上の世帯	15	50	45	40	35	30
	その他の世帯	10	45	40	35	30	25

※1 在宅サービスの利用率

サービス利用票別表に基づく支給限度基準額とサービス利用額の単位の割合。

【算定の対象となるサービス】

訪問介護、訪問入浴介護、訪問看護、訪問リハビリテーション、通所介護、
通所リハビリテーション、短期入所生活介護、短期入所療養介護、福祉用具貸与、
定期巡回・随時対応型訪問介護看護、夜間対応型訪問介護、認知症対応型通所介護、
小規模多機能型居宅介護、複合型サービス、短期利用の認知症対応型共同生活介護、
短期利用の地域密着型特定施設入居者生活介護

※2 病院入院・施設入所者で在宅復帰が極度に困難な場合

病院又は他の介護保険施設に入院・入所している人で、退院・退所を求められているが、
在宅復帰が極度に困難な場合は、評価点を25点とする。

※3 地域性による評価

上記の評価点に、入所申込者の居住地により、次の点数を加算する。

- ・大阪市内 5点
- ・隣接市町村 3点

(隣接市町村：豊中市・吹田市・摂津市・守口市・門真市・大東市・東大阪市・八尾市・松原市・堺市・尼崎市)

特別養護老人ホーム グリーンプランドみずき 利用料金表 《ユニット型個室》
【 事業所番号 2779202064 】

平成30年4月1日～

当施設の利用に要する費用は、要介護度によって異なりますが、主に介護サービス費・居住費・食費からなり、
介護サービス費は、利用者が1割負担または2割負担、居住費と食費は全額負担であり、月額の目安は以下のとおりです。

ユニット型個室利用に要する費用

入居者に共通して加算される費用(1割負担の額)

介護度	利用者負担段階	介護サービス費 (日額) 1割負担額	介護サービス費 (日額) 2割負担額	居住費 (日額)	食費 (日額)	日額 (1割)	日額 (2割)	月額計算例 (1割負担) (31日で計算)	月額計算例 (2割負担) (31日で計算)
要介護5	第4段階	976円	1,952円	1,970円	1,720円	4,666円	5,642円	144,646円	174,902円
	第3段階			1,310円	650円	2,936円		91,016円	
	第2段階			820円	390円	2,186円		67,766円	
	第1段階			820円	300円	2,096円		64,976円	
	第4段階	904円	1,808円	1,970円	1,720円	4,594円	5,498円	142,414円	170,438円
要介護4	第3段階			1,310円	650円	2,864円		88,784円	
	第2段階			820円	390円	2,114円		65,534円	
	第1段階			820円	300円	2,024円		62,744円	
要介護3	第4段階	832円	1,664円	1,970円	1,720円	4,522円	5,354円	140,182円	165,974円
	第3段階			1,310円	650円	2,792円		86,552円	
	第2段階			820円	390円	2,042円		63,302円	
	第1段階			820円	300円	1,952円		60,512円	

※ 負担限度額区分の説明

区分	説明
第4段階	第1段階～第3段階までに属さない方
第3段階	世帯の全員(世帯を分離している配偶者を含む)が市民税非課税で、第1段階・第2段階以外の方
第2段階	世帯の全員(世帯を分離している配偶者を含む)が市民税非課税で、課税年金収入額と合計所得金額・遺族年金・障害年金収入額の合計が年額80万円以下の方
第1段階	世帯の全員(世帯を分離している配偶者を含む)が市民税非課税の老齢福祉年金受給者または、生活保護を受給している方

※食費は一食以上提供した場合に日額を計上します。
※第1段階～第3段階の軽減適用を受けるには、市町村の発行する「介護保険負担限度額認定証」等が必要です。
※利用料は、法令改正や経済情勢等により変更になる事があります。

※外泊・入院時は介護サービス費に変えて外泊加算を算定します

※外泊・入院時も居住費は発生します。
介護限度額認定を受けている場合、月6日までは補足給付が支給されますが、7日目以降は全額自己負担となります。

※その他の料金として、理容・美容代、行政手続き代行料金、行事等の費用、立て替え購入代金、預かり金管理料、サービス提供記録交付代等

※生活費250円/日
電気料金50円/日
食糧品預かり及び事務手続き等
娯楽費50円/日
2,000円/月

加算項目	内容等	日額 (円)	月額 (円)
日常生活継続支援加算	重度要介護者に対する体制	50	1,550
看護体制加算 I・II	常勤看護師1名以上配置入居者25に対し1以上	14	434
夜間職員配置加算 II	夜勤職員が最低基準1以上	20	620
栄養マネジメント加算	栄養ケア計画に基づいた栄養管理	15	465
口腔衛生管理体制加算	歯科医師技術的助言・指導に基づく口腔ケア計画	33	1回～2回
サービス提供体制強化加算 I	介護福祉士の占める割合100分の50以上	19	570
サービス提供体制強化加算 II	常勤職員の占める割合100分の75以上	13	390
サービス提供体制強化加算 III	職員の総数のうち、勤続年数3年以上の者の占める割合100分の30以上	6	180
介護職員処遇改善加算 I	所定対数(基本単価+加算単価)に加算率(8.3%)を乗じた単位数		

該当者のみ加算される費用(1割負担の額)

加算項目	内容等	日額 (円)	月額 (円)
初期加算	入所後30日間算定	33	30日迄
外泊加算	月に6日まで	264	6日迄
経口移行加算	経管栄養から経口摂取へ	30	930
経口維持加算 (I)	著しい摂食障害の者	429	1回
経口維持加算 (II)	摂食障害の者	108	1回
療養食加算	療養食の提供	20	620
若年性認知症受入加算	個別の担当者による対応	129	3,999
看取り介護加算	死亡日から遡り30日目から4日目まで	155	4,805
看取り介護加算	死亡日の前々日と前日	729	2日
看取り介護加算	死亡した日	1,372	1日
退所前後訪問相談援助加算	2回限り算定	494	1回～2回
退所時相談援助加算	1回限り算定	429	1回
退所前連携加算	1回限り算定	536	1回
低栄養リスク改善加算	低栄養のリスクが高い者	321	321
褥瘡マネジメント加算	褥瘡発生のリスクがある者	107	107
排泄支援加算	排泄支援計画を受けた者	107	107

