

グリーンランドみずき(短期入所生活介護)利用申込書 兼 緊急連絡先

利用申込日 平成 年 月 日 ()		利用形態 <input type="checkbox"/> 短期入所 <input type="checkbox"/> 短期(予防)		
ご利用希望者	フリガナ			
	氏名	生年月日	M・S・T 年 月 日	
		年齢	性別	
	住所	〒		
		電話番号		
	介護保険情報	被保険者番号	要介護度	
		認定期間	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日	
	介護保険負担限度額認定証	なし(市民税課税世帯) ・ あり(第一段階・第二段階・第三段階)		
	現在の居場所	自宅(独居・同居)・病院・施設・その他()		
		病院・施設名など:		
〒				
	電話番号			
ご希望のご利用期間				
送迎希望	送迎希望(あり・なし)			
申込者・緊急連絡先①	フリガナ			
	氏名	続柄		
	住所	〒		
	電話番号			
	身元引受人・支払責任者・緊急連絡先1	携帯電話		
緊急連絡先②	フリガナ			
	氏名	続柄		
	住所	〒		
	電話番号			
	緊急連絡先2	携帯電話		
主治医	フリガナ			
	氏名	所属医療機関		
	住所	〒		
	診療科	電話番号		
特記事項	※ご家族での介護状況や問題点、ご利用者のご意見・ご希望などを記入してください			
担当ケアマネ	事業所番号			
	事業所名			
	担当者			
	電話番号	FAX		

施設療養情報提供書

特別養護老人ホーム
グリーンランドみずき
短期入所生活介護事業所 殿

平成 年 月 日

医療機関名
所在地
電話番号
医師氏名

利用者	フリガナ		
	生年月日 明治・大正・昭和 年 月 日(歳)		
既往歴			
処方内容			
医学的 情報	経管栄養	: あり・なし (鼻腔・胃瘻)	
	点滴	: あり・なし	
	インスリン注射	: あり・なし (u)	
	留置カテーテル	: あり・なし	
	ストーマ	: あり・なし	
	喀痰吸引	: あり・なし (回 / 時間)	
	酸素療法	: あり・なし (l)	
	ペースメーカー	: あり・なし	
	痙攣・失神発作	: あり・時にあり・なし	
検査	HBS抗原	: + -	TPHA : + - HCV抗体 : + -
	MRSA	: + - 不明	疥癬 : + - 不明

特別養護老人ホーム グリーンランドみずき 短期入所生活介護利用料金表 《ユニット型個室》 H30.4.1～

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、滞在費と食費は全額負担 ユニット型個室利用に要する費用

短期入所生活介護サービスに(必要に応じて)加算される費用(日額)		
加算項目	利用者負担割合 (1割)	利用者負担割合 (2割)
機能訓練体制加算	12単位(130円)	26円
送迎加算(予防含む)	片道184単位(2,001円)	400円
看護体制加算 I	4単位(43円)	10円
看護体制加算 II	8単位(87円)	18円
看護体制加算 III	12単位(130円)	26円
看護体制加算 IV	23単位(250円)	50円
医療連携強化加算	58単位(631円)	126円
夜間職員配置加算 II	18単位(196円)	40円
療養食加算(予防含む)	1食につき8単位(87円)	50円
緊急短期入所加算	90単位(979円)	196円
緊急短期入所体制確保加算	40単位(435円)	88円
若年性認知症利用者受入加算	120単位(1,306円)	262円
認知症行動・心理症状緊急対応加算	200単位(2,176円)	436円
在宅中重度受入加算 II	413単位(4,493円)	898円
サービス提供体制強化加算 I (イ)	18単位(196円)	38円
サービス提供体制強化加算 I (ロ)	12単位(131円)	26円
サービス提供体制強化加算 II	6単位(65円)	14円
サービス提供体制強化加算 III	6単位(65円)	14円
介護職員処遇改善加算 I (予防含む)	所定単位数(基本単価+加算単位)に加算率(8.3%)を乗じた単位数	

介護度	利用者負担段階	1日あたりの利用料金			
		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	滞在費(日額)	食費(日額)
要介護5	第4段階	1,040円	2,080円	1,970円	1,720円
	第3段階			1,310円	650円
	第2段階			820円	390円
	第1段階			820円	300円
要介護4	第4段階	967円	1,934円	1,970円	1,720円
	第3段階			1,310円	650円
	第2段階			820円	390円
	第1段階			820円	300円
要介護3	第4段階	894円	1,789円	1,970円	1,720円
	第3段階			1,310円	650円
	第2段階			820円	390円
	第1段階			820円	300円
要介護2	第4段階	815円	1,630円	1,970円	1,720円
	第3段階			1,310円	650円
	第2段階			820円	390円
	第1段階			820円	300円
要介護1	第4段階	742円	1,484円	1,970円	1,720円
	第3段階			1,310円	650円
	第2段階			820円	390円
	第1段階			820円	300円
要支援2	第4段階	692円	1,384円	1,970円	1,720円
	第3段階			1,310円	650円
	第2段階			820円	390円
	第1段階			820円	300円
要支援1	第4段階	557円	1,114円	1,970円	1,720円
	第3段階			1,310円	650円
	第2段階			820円	390円
	第1段階			820円	300円

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、課税年収入額と合計所得金額と遺族年金・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、食事提供をした分だけご負担
 ※左記の第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
 ※利用期間中の日常生活に要する諸費用
 ※その他の料金として、理容・美容代、行事等の費用、サービス提供記録交付代等