

指定短期入所生活介護重要事項説明書

様

社会福祉法人 櫻灯会
特別養護老人ホーム 日の出紫苑

指定短期入所生活介護事業所重要事項説明書

<令和 7年 4月 1日現在>

1. 特別養護老人ホーム 日の出紫苑の概要

(1) 施設の名称・所在地等

施設名称	特別養護老人ホーム 日の出紫苑
所在地	東京都西多摩郡日の出町大字大久野231-1
介護保険指定番号	介護老人福祉施設 東京都第1372400653号

(2) 同施設の職員体制

管理・事務職員	管理者	介護・看護職員	看護師
	医師		介護福祉士
	生活相談員		介護職員実務者研修修了者 (旧ヘルパー1級)
	管理栄養士		介護職員初任者研修修了者 (旧ヘルパー2級)
	機能訓練指導員		認知症介護基礎研修修了者
	介護支援専門員		機能訓練指導員
	事務職員		

(3) 同施設の設備の概要

	定員	100名(4名)	静養室	2階1箇所
居室	2人部屋(多床室)	35室(2室)	医務室	2階1箇所
	個室	30室	食堂	各階1箇所
浴室		2階機械浴	機能訓練室	1階
		3階一般浴	相談室	1階

()はショートステイ

2. 入居の居室について

(1) 施設の居室は、個室(従来型個室)及び2人部屋(多床室)があります。入居される居室は、原則としていずれかの居室を選択していただきますが、ご契約者の心身の状況や居室の空き状況によりご希望に浴えない場合もあります。

(2) 入居後、ご契約者からの居室変更の希望があった場合は、居室の空き状況等やその他の状況を勘案して、その可否を決定します。また、ご契約者の心身の状況等により居室を変更する場合があります。なお、その際には、ご契約者やご家族等にご連絡のうえ決定するものとします。

3. 利用期間

契約書のとおり

4. 利用料金

(1) 介護予防給付によるサービス

介護度	1日あたりの自己負担額		
	1割負担	2割負担	3割負担
要支援1	451円	902円	1,353円
要支援2	561円	1,122円	1,683円

(2) 介護給付によるサービス ※負担割合証に記載されている割合により、金額が変わります。

介護度	1日あたりの自己負担額		
	1割負担	2割負担	3割負担
要介護度1	603円	1,206円	1,809円
要介護度2	672円	1,344円	2,016円
要介護度3	745円	1,490円	2,235円
要介護度4	815円	1,630円	2,445円
要介護度5	884円	1,768円	2,652円

※上記のサービス費に、次の項目が体制加算として算定されます。

加算項目	1割負担	2割負担	3割負担
機能訓練指導体制加算	12円	24円	36円
生活機能向上連携加算(Ⅰ)	100円/月 (3月に1回を限度)	200円/月 (3月に1回を限度)	300円/月 (3月に1回を限度)
生活機能向上連携加算(Ⅱ)	200円/月(個別機能訓練加算を算定している場合は、100円/月)	400円/月(個別機能訓練加算を算定している場合は、200円/月)	600円/月(個別機能訓練加算を算定している場合は、300円/月)
看護体制加算(Ⅰ)	4円/日	8円	12円
看護体制加算(Ⅱ)	8円/日	16円	24円
看護体制加算(Ⅲ)	12円/日	24円	36円
看護体制加算(Ⅳ)	23円/日	46円	69円
看取り連携体制加算	64円/日	128円/日	192円/日
サービス提供体制強化加算(Ⅰ)	22円/日	44円/日	66円/日
サービス提供体制強化加算(Ⅱ)	18円/日	36円/日	54円/日
サービス提供体制強化加算(Ⅲ)	6円/日	12円/日	18円/日
夜勤職員配置加算(Ⅰ)	13円/日	26円/日	39円/日
夜勤職員配置加算(Ⅲ)	15円/日	30円/日	45円/日
認知症専門ケア加算(Ⅰ)	3円/日	6円/日	9円/日
認知症専門ケア加算(Ⅱ)	4円/日	8円/日	12円/日
生産性向上推進体制加算(Ⅰ)	100円/月	200円/月	300円/月
生産性向上推進体制加算(Ⅱ)	10円/月	20円/月	30円/月

※ 職員の配置状況や体制により算定される加算が変更となる場合があります。

※ サービス提供体制強化加算が算定される場合、(Ⅰ)(Ⅱ)(Ⅲ)のいずれかが算定されます。

※ 介護予防サービスには、看護体制加算、夜勤職員配置加算は、算定されません。

(3) 個別のサービス加算

加算項目	1割負担	2割負担	3割負担
個別機能訓練加算	56円/日	112円/日	168円/日
療養食加算	8円/回	16円/回	24円/回
医療連携強化加算	58円/日	116円/日	174円/日
送迎加算	184円/回	368円/回	552円/回
口腔連携強化加算	50円/回	100円/回	150円/回
通院等乗降介助加算	99円/片道	198円/片道	297円/片道
認知症行動・心理 症状緊急対応加算	200円/日(入所から7日を 上限)	400円/日(入所から7日を 上限)	600円/日(入所から7日を 上限)
若年性認知症 利用者受入加算	120円/日	240円/日	360円/日
緊急短期入所 受入加算	90円/日(入所から7日を 上限、やむを得ない事情がある 場合には14日を上限)	180円/日(入所から7日を 上限、やむを得ない事情がある 場合には14日を上限)	270円/日(入所から7日を 上限、やむを得ない事情がある 場合には14日を上限)
在宅中重度者受入加算	421円/日 (看護体制加算ⅠまたはⅢ)	842円/日 (看護体制加算ⅠまたはⅢ)	1,263円/日 (看護体制加算ⅠまたはⅢ)

を算定している場合) 417円/日 (看護体制加算ⅡまたはⅣを算定している場合)	算定している場合) 834円/日 (看護体制加算ⅡまたはⅣを算定している場合)	算定している場合) 1,251円/日 (看護体制加算ⅡまたはⅣを算定している場合)
413円/日 (看護体制加算ⅠとⅡまたはⅢとⅣを算定している場合)	826円/日 (看護体制加算ⅠとⅡまたはⅢとⅣを算定している場合)	1,239円/日 (看護体制加算ⅠとⅡまたはⅢとⅣを算定している場合)
425円/日 (看護体制加算を算定していない場合)	850円/日 (看護体制加算を算定していない場合)	1,275円/日 (看護体制加算を算定していない場合)

注1) 高速道路を利用した場合、高速代の実費をご負担いただきます。

注2) 若年性認知症利用者受入加算は、認知症行動・心理症状緊急対応加算を算定している場合は算定されません。

注3) 緊急短期入所受入加算は、認知症行動・心理症状緊急対応加算を算定している場合は算定されません。

●介護職員等処遇改善加算(Ⅰ)

介護職員等処遇改善加算を除く加減算後の総報酬単位数に14.0%の加算率が乗じられます。

●地域区分による上乘せ

施設のある地域間格差を是正するため、1円あたり1.055円に換算されます。

(4)介護保険の給付対象とならないサービス

以下のサービスおよび介護保険の支給限度額や指定日数を超える利用については、利用料の全額がご契約者の負担となります。

① 居住費居室区分	1日あたりの居住費
2人部屋多床室	915円
個室	1,400円

注1) 介護保険負担限度額認定証の発行を受けている方については、以下の居住費の金額(1日当り)のご負担となります。

段階	対象者	居住費(個室)	居住費(多床室)
第1段階	・生活保護受給者 ・老齢福祉年金受給者	380円	0円
第2段階	・合計所得金額と年金収入の合計が80万円以下	480円	430円
第3段階①	・合計所得金額と年金収入の合計金額が80万円超120万円以下	880円	430円
第3段階②	・合計所得金額と年金収入の合計金額が120万円超	880円	430円

② 食費

1食あたりの食費	朝食 500円	昼食 750円	夕食 700円
----------	---------	---------	---------

注1) 介護保険負担限度額認定証の発行を受けている方については、食費の合計金額が認定証に記載された金額を超える場合は、以下の食費の金額(1日当り)のご負担となります。

段階	対象者	食費
第1段階	・生活保護受給者 ・老齢福祉年金受給者	300円
第2段階	・合計所得金額と年金収入の合計金額が80万円以下	600円
第3段階①	・合計所得金額と年金収入の合計金額が80万円超120万円以下	1,000円
第3段階②	・合計所得金額と年金収入の合計金額が120万円超	1,300円

③ その他のサービスの概要と利用料

ア. 特別な食事

ご契約者のご希望に基づいた特別な食事を提供します。

利用料：要した費用の実費

イ. 日常生活上必要となる諸費用

日常生活に要する費用でご契約者に負担いただくことが適当であるものにかかる費用を負担していただきます。

日用品費：A 171円 B 173円 C 148円 D 150円

(詳細は申込書に記載しております。)

ウ. 預り金等の保管・管理

預り金等の保管・管理サービスをご利用いただけます。預り金等とは、現金もしくは各種預貯金通帳、有価証券、年金、介護保険、医療保険、マイナンバー通知書等の証書類又は印鑑です。これら預かり金等を適正に保管し、委任を受けた出入金について出納管理を行います。収支については、3ヶ月に一度、報告を行います。

預り金等管理手数料：1日当りの金額 165円

エ. 上記以外のサービス

ア～ウ以外のサービスにつきましては、別紙1「サービス一覧及び料金」のとおりです。ご契約者の希望により理美容、クラブ活動等に参加していただくことができます。

(5) 支払い方法

毎月、15日前後に前月分の請求をいたします。お支払い方法は、ご指定いただいた口座からの振替サービスとなります。

口座振替日：毎月27日(金融機関休業日の場合は翌営業日)

口座振替手数料は、ご指定口座名義人様負担となります。

(6) キャンセル料

① 入所日の前日、午後5時までに連絡をいただいた場合… 無料

② 入所日の前日、午後5時までに連絡がなかった場合… 一日の居住費及び食費

5. 入退所の手続き

(1) 入所手続き

① ご担当ケアマネジャーを通してお申込みください。居室に空きがあれば検討の上ご入所いただけます。又、満床の場合は予約受付いたします。契約の締結をもって入所となり、サービスの提供を開始します。

② 入所にあたり、本人及び他利用者の健康を保護するため、感染症などに対する予防措置にご協力いただきます。下記の証明書をお持ちであればご提出ください。

ア. ご利用予定日3ヶ月以内の胸部X線検査で異常がないことの証明書

イ. 他の感染症(梅毒、B型肝炎、C型肝炎、疥癬など)にかかっていないことの医師の証明

ウ. 重篤な精神疾患にかかっていないことの医師の証明

エ. 看護サマリー、診療情報提供書等

(2) 退所手続き

① 利用期間満了に伴う退所

② 契約書第八条に基づく退所

③ 契約書第九条に基づく退所

6. 当施設のサービスの特徴等

(1) 運営の方針

「心をこめてお世話させて頂く」という基本ポリシーに基づき、福祉の第一線に立つ者として職員一同一丸となり、入所者の皆様に“安心して生活できる場”を共に創り上げてきました。私たちが大切にし、目指し続ける目標は、職員全員の真心こもる“介護の心”です。

(2) 施設の体制等

事項	有無	備考
緊急対応訓練の有無	有	

従業員への研修の実施	有	
サービスマニュアルの作成	有	
身体的拘束の適正化	有	契約書第四条第3項を除く
虐待防止	有	運営規程第40条に記載
相談・苦情窓口	有	重要事項説明書第11条に記載
協力医療機関	有	いしん会診療所 多摩リハビリテーション病院 大久野病院 あおぞら歯科クリニック

(3) 施設利用に当たって

- ・ 食事 朝食 7:30 昼食 12:00 夕食 18:00 (時間変更可能)
- ・ 入浴 週2回
- ・ 面会 可 (時間指定有)
- ・ 外出、外泊 可 (同伴者要)
- ・ 飲酒、喫煙 可 (別途相談)
- ・ 金銭、貴重品の管理 可
- ・ 所持品の持ち込み 可 (制限有)
- ・ 施設外への受診 可 (原則ご家族対応)
- ・ 信教の自由 可 (布教活動は不可)
- ・ ペット 不可

7. 緊急時の対応方法

ご利用者に様態の変化等があった場合は、医師に連絡する等必要な処置を講ずるほか、ご家族の方に速やかに連絡いたします。

緊急連絡先	
氏名	
住所	
電話番号	
メールアドレス	
続柄	

主治医	
病院・診療所名	
住所	
電話番号	
担当医師名	

8. 非常災害対策

- ・ 防災時の対応 有
- ・ 防災設備 有
- ・ 防災訓練 月1回
- ・ 防災責任者 櫻井 真里

9. 管理体制に関する特記事項

- ①安全管理の都合上、共有スペース、居室内等に見守り用のカメラを設置する場合があります。
- ②衛生管理上、飲食物を持ち込む場合は職員に声をおかけください。
場合によって施設にて管理させていただきます。
- ③「入所契約書」第六条の危険物とは、刃物類・ロープ・餅等です。
- ④サービス提供中に事故が発生した場合は、速やかに市区町村及びご利用者の家族等に連絡を行い、必要な措置を講じます。

10. 苦情の受付について

(1) 当施設における苦情受付体制

当施設における苦情やご相談は、以下の担当者と受け付けています。

苦情解決責任者：施設長 櫻井 真里 受付担当者：営業課 相談員 細谷 真由美

TEL (042) 597-1941 (代表) Fax (042) 597-1949

また、受け付けた苦情は、迅速な解決に努め、苦情申出人に必ず文書にて報告いたします。

(2) その他行政機関

【日の出町介護保険課】

所在地 〒190-0192 東京都西多摩郡日の出町平井 2780 番地

TEL (042) 597-0511 Fax (042) 597-4369

【東京都社会福祉協議会】

所在地 〒162-8953 東京都新宿区神楽河岸 1-1 飯田橋セントラルプラザ内

TEL (03) 3268-7171 Fax (03) 3268-7433

【東京都国民健康保険団体連合会】

所在地 〒102-0072 東京都千代田区飯田橋三丁目 5 番地 1 号 東京区政会館 11 階

TEL (03) 6238-0177 Fax (03) 6238-0022

11. 当法人の概要

名称・法人種別	社会福祉法人 櫻灯会
代表者役職・氏名	理事長 櫻井 真里
本部所在地・電話番号	東京都西多摩郡日の出町大字大久野 231-1 電話 (042)-597-1941(代) FAX (042)-597-1949 ホームページ http://www.outoukai.com e-mail hinodeshien@outoukai.or.jp

この内容は変更する場合があります。

令和 年 月 日

指定短期入所生活介護事業の提供開始にあたり、利用者に対して契約書および本書面に基づいて重要な事項を説明しました。

事業者

<所在地> 東京都西多摩郡日の出町大久野 231-1
<名称> 特別養護老人ホーム 日の出紫苑
指定短期入所生活介護事業所 印

<説明者> 所属 営業課
氏名 印



櫻灯会
o u t o u k a i

特別養護老人ホーム 日の出紫苑

(様式 8206-3)

指定短期入所生活介護に関する契約書

様

社会福祉法人 櫻灯会

特別養護老人ホーム 日の出紫苑

指定短期入所生活介護事業所契約書

<令和6年12月1日現在>

_____（以下、「利用者」といいます）と指定短期入所生活事業所 日の出紫苑（以下、「事業者」といいます）は、事業者が利用者に対して行う指定短期入所生活介護事業サービスについて、次のとおり契約します。

第一条（契約の目的）

事業者は、利用者に対し、介護保険法令、老人福祉法令、及びその他関係法令の趣旨にしたがって、指定短期入所生活介護事業サービスを提供し、利用者は、事業者に対し、そのサービスに対する利用料を支払います。

第二条（契約期間）

- 1 この契約の契約期間は令和 年 月 日からとします。ただし、要介護認定の有効期間が来た場合には、その日をもって終了とする。
- 2 事業者は、本契約の有効期間内において、別紙定める利用期間の間事業サービスを提供いたします。
- 3 利用者は、原則として、利用の開始、終了に関しては9時から17時までに行います。

第三条（介護サービス計画）

- 1 事業者は、計画作成担当者によって作成された介護サービス計画によって介護サービスを提供いたします。
- 2 利用期間が、4日間以上の場合、事業者は利用者の日常生活全般の状況および希望を踏まえて、「介護サービス計画書」を作成し、その内容を利用者 に説明し、利用者またはご家族の同意を得ます。

第四条（指定短期入所生活介護事業サービスの内容）

- 1 事業者は、介護サービス計画に沿って、利用者に対し居室、介護サービス、その他介護保険法令の定める必要な援助等を提供します。
- 2 利用者が、利用できるサービスの種類は[重要事項説明書]のとおりです。事業者は[重要事項説明書]に定めた内容について、利用者およびその家族に説明します。
- 3 事業者は、サービス提供にあたり、利用者または他の入所者等の生命又は身体を保護するため緊急やむを得ないと判断した場合、利用者およびその家族に説明、同意を得た上で身体的拘束を行う事があります。

第五条（サービスの提供の記録）

- 1 事業者は、指定短期入所生活介護事業サービスの提供に関する記録を作成することとし、これをこの契約終了後2年間保管します。
- 2 利用者は、9時から17時の間に当該利用者に関する第1項のサービス実施記録を閲覧できます。
- 3 利用者は、当該利用者に関する第1項のサービス実施記録について、複写物の交付を受けることができます。

第六条（危険物の持ち込み）

他利用者に危害を加えたり、施設の設備に損害を与えたりするおそれのある物、又は誤飲、中毒のおそれのある物を持ち込む事はできません。必要品については個別相談に応じます。

第七条（利用料）

- 1 利用者は、サービスの対価を、重要事項説明書に定める利用料をもとに計算した月ごとの合計額を支払います。
- 2 事業者は、利用料の合計額の請求書に明細を付して、利用者に通知します。
- 3 利用者は、利用期間終了時に現金または振り込み、口座振替にて支払います。
- 4 事業者は、利用者からの利用料の支払いを受けたときは、領収証を発行します。

第八条（契約の終了）

1 自動終了

以下のいずれかに該当した場合は、通知がなくても自動的に契約を終了いたします。

- ① 利用期間中に利用者が他の介護保険施設等に入所した場合。
- ② 利用期間中に利用者が入院した場合。
- ③ 利用者がお亡くなりになった場合もしくは介護保険被保険者資格を喪失した場合。
- ④ 利用者の要介護認定区分が非該当（自立）と認定された場合。

2 その他

以下のいずれかに該当した場合は、事業者は利用者に対して、文書で通知することにより、直ちにこの契約を解除することができます。ただし利用者が現にサービスを利用している期間中は、10日間の予告期間をおきます。

- ① 利用者がサービス利用料金の支払いを正当な理由なく1ヶ月以上遅延し、利用料を支払うよう催告したにも関わらず10日以内に支払わない場合。
- ② 利用者やご家族が当施設や当施設の従業者に対して本契約を継続し難いほどの背信行為を行った場合。
- ③ やむを得ない事情により、当施設を閉鎖または縮小する場合。
- ④ 利用者等の言動が集団生活になじまないと施設が判断した場合。

第九条（利用期間中のサービスの中止）

- 1 利用者は事業者に対して、前日までに申し出ることにより、利用期間中でも退所することができます。この場合の利用料は実際の退所日までの日数を基準に計算します。
- 2 事業者は、利用者の体調が良好でなく、施設での生活に支障があると判断した場合、利用期間中でもサービスを中止することができます。
- 3 前各項のほか、利用期間中に利用者が入院した場合、短期入所生活介護は終了となります。この場合の利用料は入院日までの日数を基準に計算します。
- 4 利用料の請求及び支払い方法は、第7条に準じます。

第十条（秘密保持）

- 1 事業者および事業者の使用する者は、サービス提供をする上で知り得た利用者およびその家族に関する秘密(予め利用者および家族が文書によって明示したもの)を正当な理由なく第三者に漏らしません。この守秘義務は契約終了後も同様です。この守秘義務はか

つて職員であったものについても有効です。

- 2 事業者は、利用者から予め文書で同意を得ない限り、居宅介護支援事業者等に対し、利用者の個人情報を提供しません。

第十一条（事業者賠償責任）

1 損害賠償

事業者は、サービスの提供にともなって、事業者の責めに帰すべき事由により利用者の生命・身体・財産に損害をおよぼした場合は、利用者に対してその損害を賠償します。

2 損害賠償がなされない場合

事業者は、事業者の責めに帰すべき事由がない限り、損害賠償責任を負いません。とりわけ以下のいずれかに該当する場合には、事業所は損害賠償責任を免れます。

- ① 利用者（その家族等も含む）が、契約締結時にその心身の状況及び病歴等の重要事項について、故意にこれを告げず、または不実の告知を行ったことに専ら起因して損害が発生した場合。
- ② 利用者（その家族等も含む）が、サービスの実施にあたって必要な事項に関する聴取、確認に対して故意にこれを告げず、または不実の告知を行ったことに起因して損害が発生した場合。
- ③ 利用者の急激な体調の変化等、事業所の実施したサービスを原因としない事由に専ら起因して損害が発生した場合。
- ④ 利用者が、事業者もしくはサービス事業者の指示、依頼に反して行った行為に専ら起因して損害が発生した場合。

3 事業者の責任によらない事由によるサービスの実施不能

事業所は、本契約の有効期間中、地震、噴火等の天災その他自己の責に帰すべからざる事由によりサービスの実施ができなくなった場合には、利用者に対して当該サービスを提供すべき義務を負いません。また、事業所は利用者に対して、既に実施したサービスについては所定の利用料の支払いを請求できるものとします。

第十二条（利用者賠償責任）

利用者の責めに帰すべき事由により、他利用者又は、施設職員・設備・物品に損害を及ぼした場合、利用者は損害をうけた利用者又は事業者に対し賠償します。

第十三条（連絡義務）

事業者は、利用者の健康状態が急変した場合は、あらかじめ届けられた連絡先に可能な限り速やかに連絡するとともに医師に連絡を取る等必要な処置を行います。

第十四条（連携）

- 1 事業者は、短期入所生活介護の提供にあたり、介護支援専門員及び保健医療サービスまたは福祉サービスを提供する者との密接な連携に努めます。
- 2 事業者は本契約が締結されたことを速やかに介護支援専門員に連絡します。
- 3 事業者はこの契約の内容が変更された場合、または終了した場合は、速やかにその事実、内容を介護支援専門員に連絡します。また第八条第2項に基づいて解除通知をする際は、

事前に介護支援専門員に連絡します。

第十五条（相談・苦情対応）

事業者は、利用者からの相談・苦情等に対応する窓口を設置し、施設の設備またはサービスに関する利用者の要望、苦情に対し、迅速に対応します。

第十六条（本契約に定めのない事項）

- 1 利用者および事業者は、信義誠実をもってこの契約を履行するものとします。
- 2 この契約に定めのない事項については、介護保険法令その他諸法令の定めるところを尊重し、双方が誠意を持って協議のうえ定めます。

第十七条（裁判管轄）

この契約に関してやむを得ず訴訟となる場合は、利用者および事業者は、利用者の住所地を管轄する裁判所を第一審管轄裁判所とすることを予め合意します。

上記の契約を証するため、本書2通を作成し、利用者、事業者が署名捺印の上、1通ずつ保有するものとします。

契約締結日 令和 年 月 日

事業者

<住所>

東京都西多摩郡日の出町大字大久野 231-1

<事業者名>

社会福祉法人 櫻灯会

特別養護老人ホーム 日の出紫苑

私は、「重要事項説明書」の説明を受け、その内容に同意し、契約します。

(利用者)

<住所>

<氏名>

印

(代理人)

<住所>

<氏名>

印

<連絡先>



櫻灯会
outoukai

特別養護老人ホーム 日の出紫苑

介護老人福祉施設入所申込書兼調査書

あてはまる項目の□にチェックをしてください

□特別養護老人ホーム		□ショートステイ	
ふりがな 申込書記入の方のお名前		入所申込者ご本人との関係	<input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 子(同居・別居) <input type="checkbox"/> その他()
ふりがな 入所申込者ご本人のお名前		被保険者番号	
	性別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	生年月日	明大昭 年 月 日 満 歳
住所	〒 -	この申込書についての問い合わせ先	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 自宅以外() 電話
要介護度	<input type="checkbox"/> 要支援1 <input type="checkbox"/> 要支援2 <input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5		
認定期間	年 月 日 ~ 年 月 日		
介護保険負担割合	<input type="checkbox"/> 1割 <input type="checkbox"/> 2割 <input type="checkbox"/> 3割		
介護保険負担限度額認定	<input type="checkbox"/> 1段階 <input type="checkbox"/> 2段階 <input type="checkbox"/> 3段階① <input type="checkbox"/> 3段階② <input type="checkbox"/> 該当なし		
医療保険	<input type="checkbox"/> 後期高齢者医療保険 <input type="checkbox"/> 国民健康保険 <input type="checkbox"/> その他()		
医療費助成券	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 券名()		
手帳	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 手帳名()		
同居の方について	<input type="checkbox"/> ひとり暮らし <input type="checkbox"/> ご夫婦のみ(相手の方の年齢 歳) <input type="checkbox"/> ご夫婦以外に同居者がいる		
主に介護している方について	・ 介護する方は、 <input type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない ・ 主に介護する方は、 <input type="checkbox"/> 健康 <input type="checkbox"/> 病弱 <input type="checkbox"/> 病気で治療中 <input type="checkbox"/> 障害がある ・ 主に介護する方は、 <input type="checkbox"/> 働いている <input type="checkbox"/> 働いていない		
介護を手伝う方について	・ 介護を手伝う方は、 <input type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない 手伝う方がいる場合、その方は <input type="checkbox"/> 親族 <input type="checkbox"/> 近所の方 <input type="checkbox"/> その以外の方()		
お住まいについて	・ 今のお住まいは、 <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 自宅以外 自宅以外にお住まいの方は、戻る自宅が <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 立ち退きを求められている <input type="checkbox"/> 家屋の老朽化が著しい		
介護する上での住宅の問題について	<input type="checkbox"/> エレベーターのない集合住宅の2階以上に住んでいる <input type="checkbox"/> 自分の部屋がない <input type="checkbox"/> 自分の部屋とは別の階にトイレや風呂がある <input type="checkbox"/> 立ち退きを求められている <input type="checkbox"/> 家屋の老朽化が著しい		
その他あてはまるもの	<input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 暴力行為 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 異食 <input type="checkbox"/> 大声や奇声 <input type="checkbox"/> その他の行為(具体的な内容) <input type="checkbox"/> 医療器具を使っている(具体的な内容) <input type="checkbox"/> 病気がある(病名)		

現在受けている介護や治療のようす

ご自宅以外での介護や治療 <small>※自宅にいらっしゃる方は記入は結構です</small>	・ 現在おられるのは、 <input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 老人保健施設 <input type="checkbox"/> 介護療養型医療施設 <input type="checkbox"/> 養護老人ホーム <input type="checkbox"/> 軽費老人ホーム <input type="checkbox"/> ケアハウス <input type="checkbox"/> 有料老人ホーム <input type="checkbox"/> グループホーム <input type="checkbox"/> その他() ○施設の名称 ○入所・入院開始日 年 月 日~
ケアプランなどについて	・ ケアプランは、 <input type="checkbox"/> 作っている <input type="checkbox"/> 作っていない ・ 相談できる介護支援専門員は、 <input type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない ○介護支援専門員の氏名 ○事業所名称 電話
在宅サービスについて	・ 在宅サービスは、 <input type="checkbox"/> 使っている <input type="checkbox"/> 使っていない ・ 今後の利用は、 <input type="checkbox"/> 今のままでよい <input type="checkbox"/> もっと増やしたい <input type="checkbox"/> サービスや使い方を改善したい (具体的な内容)

特別養護老人ホーム 特列入所に関する事由(要介護1・2の場合は、ご記入ください。)

特列入所の要件	<input type="checkbox"/> 認知症である者であって、日常生活に支障を来たすような症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁に見られること。 <input type="checkbox"/> 知的障害・精神障害等を伴い、日常生活に支障を来たすような症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁に見られること。 <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・安心の確保が困難であること。 <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こと。
所見欄	※具体的な状況を記載して下さい

特別養護老人ホーム 日の出紫苑 施設長

私は、貴施設に入所に関する方法や手続きについて説明を受けました。
この申込書にある内容を保険者・在宅介護支援センター・指定するケアマネジャーへ提供することに同意します。

年 月 日

氏 名