提出していただく書類について

社会福祉法人アイリス福祉会 各事業への入所をご希望いただき、誠にありがとうございます。

お申込みにあたっては、担当の介護支援専門員（ケアマネジャー）とご相談のうえ、申込書に必要事項をご記入いただき、下記の書類とあわせてご提出くださいますようお願いいたします。

なお、以下の書類は、ご本人・ご家族等との事前面接および入所カルテ作成の参考資料として使用いたします。

また、内容確認のため、下記以外の書類のご提出をお願いする場合がございます。その際はご協力をお願いいたします。

【　ご注意　】

※ 提出書類に不備がある場合、利用資格がないと認められた場合、または施設の受入体制が整わない場合は、ご利用していただくことが困難となります。

※ 申込書をご提出の際は、必ずお電話で相談員にご連絡のうえ、ご来所していただきますようお願いいたします。

【　提出書類　】

・特別養護老人ホーム「ヴィラ多国山」
・特別養護老人ホーム「ヴィラ多国山短期入所生活介護」
・グループホーム「かたらいの家」

No	提出書類名	備考
1	入所申込書（施設様式）	1部
2	介護サービス共通健康診断書	1部（採血データ添付）
3	介護保険被保険者証の写し	1部
4	介護保険負担割合証の写し	1部
5	後期高齢者医療資格確認書の写し	1部
6	介護保険負担限度額認定証の写し	1部（該当者のみ）
7	居宅サービス計画書	最新のもの

入 所 申 込 書

□長期入所　□短期入所　□グループホーム　　申込日　　年　　月　　日

本人もしくは申込代理者でお書きください。□に✔印をしてください。

<table>
<tr><td>ふ り が な</td><td colspan="3"></td><td>性　　別</td><td colspan="2">□男　　□女</td></tr>
<tr><td>利 用 者 氏 名</td><td colspan="3"></td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>生 年 月 日</td><td colspan="6">□大正　□昭和　　年　　月　　日生（　　歳）</td></tr>
<tr><td>住　　所</td><td colspan="6">〒　　—</td></tr>
<tr><td>電 話 番 号</td><td colspan="6">（　　）　　—</td></tr>
<tr><td colspan="2">介護保険被保険者証</td><td colspan="2">要支援 □1　□2
要介護 □1　□2　□3
□4　□5</td><td>介護保険
負担割合証</td><td colspan="2">□1割　□2割　□3割</td></tr>
<tr><td colspan="2">医　療　保　険　等</td><td colspan="5">□後期高齢者医療被保険者証
□生活保護受給　□その他（　　）</td></tr>
<tr><td colspan="2">身 体 障 害 者 手 帳</td><td>種　　級</td><td colspan="2">重症老人健康管理事業対象者証</td><td colspan="2">□有　□無</td></tr>
<tr><td colspan="2">介護保険負担限度額認定証</td><td colspan="5">□第1段階　□第2段階　□第3段階①　□第3段階②
□第4段階（非該当）</td></tr>
<tr><td colspan="2">希　望　の　居　室</td><td colspan="5">□個室（従来型個室）　　□4人部屋（多床室）</td></tr>
<tr><td>かかりつけ医</td><td>病 院 名</td><td colspan="2"></td><td>主 治 医</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td colspan="2">入 所 理 由</td><td colspan="5"></td></tr>
<tr><td colspan="2">施設サービスへの
希 望 ・ 要 望</td><td colspan="5"></td></tr>
<tr><td rowspan="4">第 1 連 絡 先
(申込代理者)</td><td>ふりがな
氏　　名</td><td colspan="2">（　　歳）</td><td>続　　柄</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>住　　所</td><td colspan="5">〒　　—</td></tr>
<tr><td>電話番号</td><td colspan="2">（　　）　　—</td><td rowspan="2">職　　業</td><td colspan="2" rowspan="2"></td></tr>
<tr><td>携帯電話</td><td colspan="2">（　　）　　—</td></tr>
<tr><td rowspan="4">第 2 連 絡 先</td><td>ふりがな
氏　　名</td><td colspan="2">（　　歳）</td><td>続　　柄</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>住　　所</td><td colspan="5">〒　　—</td></tr>
<tr><td>電話番号</td><td colspan="2">（　　）　　—</td><td rowspan="2">職　　業</td><td colspan="2" rowspan="2"></td></tr>
<tr><td>携帯電話</td><td colspan="2">（　　）　　—</td></tr>
</table>

社会福祉法人　アイリス福祉会

特別養護老人ホーム　ヴィラ多国山

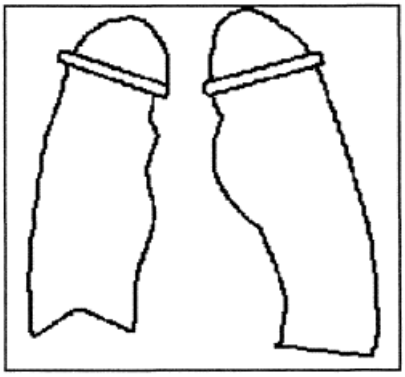
担当介護支援専門員でお書きください。□内に✔印をしてください。

<table>
<tr><td>居宅介護支援事業所名</td><td colspan="2"></td><td>介護支援専門員名</td><td></td></tr>
<tr><td>電　話　番　号</td><td colspan="2"></td><td>F A X 番 号</td><td></td></tr>
<tr><td rowspan="2">身体的精神的状況</td><td>障害老人自立度</td><td colspan="3">□自立 □J □A □B □C（□1 □2）</td></tr>
<tr><td>認知症老人自立度</td><td colspan="3">□自立 □Ⅰ □Ⅱ □Ⅲ □Ⅳ □M（□a □b）</td></tr>
<tr><td rowspan="3">現在のサービス利用状況</td><td>□居宅サービス</td><td colspan="3">□訪問介護 □通所介護 □短期入所生活介護
□訪問看護 □居宅療養管理指導 □通所リハ
□訪問入浴 □訪問リハ □短期入所療養介護</td></tr>
<tr><td>□介護保険施設入所中</td><td colspan="3">施設名
平成・令和　　年　　月より</td></tr>
<tr><td>□医療機関入院中</td><td colspan="3">病院名
平成・令和　　年　　月より</td></tr>
<tr><td>介護者の状況</td><td colspan="4">□身寄りがいない
□高齢の配偶者のみ
□主介護者が入院、病弱、育児、看病等で困難
□同居家族、別居親族等による介護が可能
□居宅サービス等を活用して介護可能
□その他
家族構成
K·P</td></tr>
<tr><td>居住環境など</td><td colspan="4">□ 立ち退きを迫られている
□ 老朽や段差の解消が不可能などで介護士の居住環境が不適切
□ 十分な居宅サービスが受けられないなど立地的に問題がある
□ 介護上、特に問題が無い
□ その他</td></tr>
<tr><td>特記事項</td><td colspan="4">□ 居宅生活困難と認められる認知症による周辺症状
□ 居宅介護サービス開始日　　年　　月頃より
□ 急な身体状況の悪化、レベル低下により居宅生活の継続が困難
□ 経済的な事情
□ その他</td></tr>
<tr><td>身体状況</td><td colspan="4">・食事 □自立 □一部介助 □全介助 □箸 □スプーン
□嚥下障害あり □療養食 □アレルギーあり □義歯あり
・排泄 □自立 □一部介助 □全介助
□トイレ □ポータブル □リハパン □パッド □オムツ
尿意 □あり □時々 □なし
便意 □あり □時々 □なし
・入浴 洗髪 □自立 □一部介助 □全介助
洗身 □自立 □一部介助 □全介助
・着脱 □自立 □一部介助 □全介助
・移動 □自立 □一部介助 □全介助
□独歩 □杖 □シルバーカー □歩行器 □車いす
・意思疎通 □可能 □時々可能 □不可能</td></tr>
</table>

介護サービス共通健康診断書

（個人情報取扱注意）

ふりがな ①氏　名		②　男　女	③明・大・昭　　年　　月　　日
④住　所			電話(　　)　　-
⑤現在の病名 *介護サービス提供上、重要なものから順に記入して下さい。	1	発症日　　年　　月　　日	□安定　□不安定
	2	発症日　　年　　月　　日	□安定　□不安定
	3	発症日　　年　　月　　日	□安定　□不安定
	4	発症日　　年　　月　　日	□安定　□不安定
	5	発症日　　年　　月　　日	□安定　□不安定
⑥主な既往歴			
⑦病状及び経過			血圧　　／　　mmHg　脈拍　　／分　整・不整
⑧使用中の薬剤 *用法、用量を記入してください。			
⑨実施中の処置 □なし　□あり *ありの場合は実施中の処理にチェックをして下さい。また指示事項などがあれば記入下さい。	□留置カテーテル　□じょくそう処置　□経管栄養　□中心静脈栄養　□人工肛門　□吸引　□透析 □インシュリン注射　□酸素療法　□気管切開　□胃ろう　□その他 指示事項:		
⑩認知症 □なし　□あり *ありの場合は当てはまる自立度いずれかにチェックをして下さい。 *問題行動がある場合はその内容を記入して下さい。	認知症老人の日常生活自立度		
	□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	
	Ⅱ	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多少見られても、誰かが注意していれば自立できる	
	□a	家庭外で上記の状態が見られる	
	□b	家庭内でも上記の状態が見られる	
	Ⅲ	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見られ、介護を要する	
	□a	日中を中心として上記の状態が見られる	
	□b	夜間を中心として上記の状態が見られる	
	□Ⅳ	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、介護を要する	
	□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、専門医療を要する	
	問題行動 □なし □あり	内容	

⑪胸部X線検査 *原則全員に実施して下さい。但し六ヶ月以内に撮影しており、特に変化の無い場合は、その所見に基づき記入していただいて差し支えありません。 *在宅、身体状況、設備上の都合で実施できない場合は、未実施にチェックし、自他覚所見や他の検査所見から、呼吸器疾患の有無につきコメントをお願いします。	実施日　　年　　月　　日 異常所見 □ あり □ なし  □ 胸部X線未実施:	⑫肝炎ウイルス検査 HBS抗原(+ −) HCV抗体(+ −) 検査実施日　　年　　月　　日 *原則全員に実施して下さい。但し、過去に実施歴があり、新たな感染が疑われない場合は、その結果に基づきご記入ください。また他院での検査や肝炎ウイルス健診のデータがあれば、それを基に記載していただいても差し支えありません。 *実施日はすぐにわかる場合のみ記入していただければ結構です。 ⑬MRSA、その他の感染症(疥癬、梅毒など) *MRSAについては、IVH、気管切開、留置カテーテルなど医療処置中で感染が疑われる場合、抗菌薬耐性の感染巣がある場合などに限り、細菌検査を実施して下さい。 *疥癬を疑う皮膚所見や症状があれば、皮膚科受診等で確定診断をつけて下さい。
⑭サービス提供上の留意事項	移送留意:□ 要 □ 不要　入浴: □ 可 □ 否　食事制限: □ 不要 □ 要　服薬確認: □ 不要 □ 要 留意事項、指示内容:	
⑮備　考 *特記すべき事項(検査データ等)があれば記入して下さい。		

上記の通り診断する。　　年　　月　　日

□下記条件に従い複写することに同意する。　□この診断書を複写することに同意しない。

(いずれかにチェックを入れてください。病状が不安定または複写が不適切な場合は"同意しない"にチェックして下さい)

医療機関名　　所在地

医師名　　印

電話(　　)　　－　　FAX(　　)　　－

◎記載上の留意点

1. 全ての項目について記載して下さい。
2. □は当てはまる場合にチェックして下さい(例:☑)。
3. *に従って記入して下さい。
4. 介護サービス利用、施設入所の際、この診断書の内容だけでは不十分な場合があるので、必要に応じて血液検査や画像診断の結果等を添付して下さい。
5. この診断書の使用期限は診断日から1年間です(記載日の患者の状態を1年間保証するものではありません)。

◎複写の条件

1. 使用期限(上記診断日から1年以内)内に限る。
2. 複写ができるものは、本人及び本人から文書で委託を受けた介護支援専門員のみです。
3. 上記「複写することに同意する」欄に記載医師がチェックしていること。

複写実施者名　　印　　実施日　　年　　月　　日

診断書記載医師同意確認日　　年　　月　　日

注意点　① この診断書を複写する場合は、必ずその都度診断書記載医師に連絡し、同意を得てください。
② 上記同意欄にチェックが無い場合はもちろん、複写にあたって連絡した際に、診断書記載医師が複写に同意しない場合は、絶対に複写しないで下さい。
③ 複写は必ず原本から行い、複写したもの各々に日付と実施者の氏名を記入し、捺印をして下さい。

令和８年４月１日より適用

グループホーム「かたらいの家」利用料

１　介護サービス費用（介護保険適用）１日分

◎認知症対応型共同生活介護費（Ⅰ）、介護予防認知症対応型共同生活介護費（Ⅰ）

	要支援２	要介護１	要介護２	要介護３	要介護４	要介護５
基準単位	761	765	801	824	841	859
サービス提供体制加算Ⅰ	２２	２２	２２	２２	２２	２２
認知症専門ケア加算Ⅰ	３	３	３	３	３	３
生活機能向上連携加算（Ⅱ）	200	200	200	200	200	200
生産性向上推進体制加算(Ⅱ)	10	10	10	10	10	10

※１　基準単位　１単位：１０円　（利用者負担割合により変動）
※２　初期加算　１日３０単位　　（入所日より３０日以内とし、３０日を超える医療機関への入院後に再入所された時も適用）
※３　利用者が入院された場合　　１日　２４６単位（ひと月に6日を限度として）
※４　口腔・栄養スクリーニング加算　　６カ月に１回　２０単位
※５　若年性認知症利用者受入加算　　１日　１２０単位
※６　高齢者施設等感染対策向上加算（Ⅰ）　　１月　　１０単位
※７　退居時情報提供加算　　１回に限り　２５０単位
※８　介護職員等処遇改善加算（Ⅰ）　　総単位数の１８６／１０００

◎月額施設利用料（介護保険適用外）

家賃	食費	光熱水費	共益費	合計
４２,０００円	４９,５００円	２２,２００円	7,６００円	１２１,３００円

※１　入居時の保証金（家賃の３ヶ月分）126,000 円（保証金は、家賃等を所定の期間に納付されない場合等に充て、差額は返金します。）
※２　清掃費　２５,０００円　退居時に居室清掃し、その費用として充てさせていただきます。
※３　食費は、食数の実績により調整します。
※４　共益費は、共有部分の維持・管理費等です。
※５　光熱水費と共益費は、外泊や入院等された際は日割り計算します。
※６　入退所した月の家賃は、利用日数に応じて日割り計算します。

２　その他のサービス利用料(介護保険適用外)

種類	サービス内容	利用料	契約要領
特別な食事の提供	「特別な食事」(外注食)の提供	実　費	その都度、申し込み
おやつの提供	毎日、おやつを提供	１日　155 円	入所時同意
理・美容のサービス	施設内への出張理・美容師による理・美容サービス	1回　3,000円 その他顔剃り等実費	入所時同意
日常生活用品の提供	石鹸、タオル、歯ブラシ、箱ティッシュ等の日用品の継続的な提供	１日　１５０円	入所時同意
電　気　代	私物電化器具等の持ち込み・使用に係る電気代	１日（1機器につき） ５０円	入所時同意
教養娯楽費	嗜好品・レクリエーションに係る材料費等	１日　５０円	入所時同意
サークル活動等の参加	サークル活動等参加時の必要経費	実　費	入所時同意
預り金等管理サービス	施設利用者に代わる「金銭等の管理」サービス	１か月 3,０００円	別途契約
行政手続きのサービス	施設利用者に代わる「行政手続き」サービス	実　費	別途契約
コピー・FAXのサービス	コピー・ＦＡＸ	１枚　１０円	その都度、申し込み
インフルエンザの予防接種	インフルエンザの予防接種	実　費	その都度、申し込み
おむつ等の提供	おむつ、紙パンツ、パッド等	実　費	入所時同意
各種証明書等の発行	証明書等の発行	別紙２	その都度、申し込み
送迎サービス費	希望する協力医療機関以外の医療機関への通院や外出等の送迎係る費用及び高速代	実　費	その都度、申し込み

別紙１－２

令和８年４月１日より適用

グループホーム「かたらいの家」利用料

（短期利用認知症対応型共同生活介護）

１．介護サービス費用（介護保険適用）１日分

◎短期利用認知症対応型共同生活介護費（Ⅰ）、介護予防短期利用認知症対応型共同生活介護費（Ⅰ）

	要支援２	要介護１	要介護２	要介護３	要介護４	要介護５
基準単位	７８９	７９３	８２９	８５４	８７０	８８７
サービス提供体制加算Ⅰ	２２	２２	２２	２２	２２	２２

※１　基準単位　１単位：１０円　（利用者負担割合により変動）
※２　若年性認知症利用者受入加算　　１日　１２０単位
※３　介護職員等処遇改善加算（Ⅰ）　　総単位数の１８６／１０００

２．日額施設利用料（介護保険適用外）

家賃	食費	光熱水費	合計
1,４００円	1,６５０円	７２６円	3,７７６円

※１　家賃と光熱水費は、利用日数に応じて計算します。
※２　食費は食数の実績により調整します。（朝食４２０円、昼食６１５円、夕食６１５円）

３．その他のサービス利用料(介護保険適用外)

種類	サービス内容	利用料	契約要領
特別な食事の提供	「特別な食事」(外注食)の提供	実　費	その都度 申し込み
おやつの提供	毎日、おやつを提供	１日　１５５円	入所時同意
理・美容のサービス	施設内への出張理・美容師による 理・美容サービス	1回　3,000円 その他顔剃り等実費	入所時同意
日常生活用品の提供	石鹸、タオル、歯ブラシ、箱ティッシュ等 の日用品の継続的な提供	１日 １５０円	入所時同意
電　気　代	私物電化器具等の持ち込み・使用に係る 電気代	１日（1 機器につき） ５０円	入所時同意
教養娯楽費	嗜好品・レクリエーションに係る材料費等	１日　５０円	入所時同意
サークル活動等の参加	サークル活動等参加時の必要経費	実　費	入所時同意
コピー・FAXのサービス	コピー・ＦＡＸ	１枚　１０円	その都度 申し込み
おむつ等の提供	おむつ、紙パンツ、パッド等	実　費	入所時同意
各証明書等の発行	証明書等の発行	別紙２	その都度 申し込み

かたらいの家での暮らし（1 日の流れ）

ご利用者様が安心してお過ごしいただけるよう、規則正しい生活リズムを大切にしています。

6：00　起床

6：30　バイタル測定

7：15　朝食

9：30　レクリエーション

10：00　ティータイム

10：30　レクリエーション

11：00　自由時間

12：00　昼食

14：00　入浴

15：00　おやつ

15：30　レクリエーション

16：00　自由時間

18：00　夕食

19：30　就寝

年間行事のご案内

四季折々の行事を通して、季節の変化を感じていただけるよう工夫しています。

春　お花見・アイリス祭　　**夏**　夏祭り・七夕飾り

秋　敬老祝賀会・運動会　　**冬**　クリスマス会・節分