

入所の申し込みについて

社会福祉法人 かつみ会
特別養護老人ホーム エンゼルの丘

社会福祉法人 かつみ会では、平成 22 年 4 月に「特別養護老人ホーム」の開設いたしました。この「特別養護老人ホーム」は、ユニット型個室 40 室、多少室 4 人部屋 6 室、3 人部屋 2 室の施設です。

申し込み方法は、次のようになりますので、入所申込書にご記入の上、添付書類とともにご提出いただきますようお願いいたします。

＜ご提出いただく書類＞ご提出は郵送、ご持参どちらでも構いません。

- ① 特別養護老人ホーム入所申込書（その 1・その 2・その 3）
- ② 介護保険被保険者証の写し
- ③ 直近 3 ヶ月のサービス利用票の写し（3 ヶ月以上、介護サービス未利用の方や、施設や病院にいる方に関しては、サービス提供票はありませんので提出の必要はありません。その他の在宅サービスをご利用の方は、担当の居宅介護支援専門員にご相談下さい。）※介護保険施設に入所中の方は当該施設に入所する前のサービス利用票直近の写しを提出下さい。
- ④ 認定調査票の写し（市町村役場の介護保険関係を取り扱う窓口にて、情報提供申請書を提出してお取り寄せ下さい。その際、介護保険被保険者証の被保険者番号が必要となります。

【お申し込み取り下げについて】

入所申し込みを取り下げる場合、別紙の特別養護老人ホーム入所申込取り下げ書にて、当施設までお知らせ下さい。施設に直接提出または郵送・FAX や電話等をしていただいても結構です。

＜入所者の決定について＞

入所者は、申し込みをされた方について、埼玉県特別養護老人ホーム優先入所指針に基づき入所検討委員会にて優先順位を決定し、順位が上位の方から状況等の調査を行い決定させていただきます。

なお、入所検討委員会の結果については、申込者に対し通知させていただきます。

ご不明な点などがございましたら、下記までお問い合わせ下さい。

特別養護老人ホーム エンゼルの丘
〒369-0215 埼玉県深谷市今泉 6 2 5
電話 048-546-1207
FAX 048-546-1208

特別養護老人ホーム入所申込書（その1）

特別養護老人ホームエンゼルの丘 施設長 様

申込日	平成	年	月	日
受付日	平成	年	月	日

【申込者】

住所	〒
ふりがな 氏名	本人との関係 ()
電話番号	()

特別養護老人ホームエンゼルの丘に入所を希望しますので、次のとおり申し込みます。

本	ふりがな 氏名		性別	介護保険者
			男 女	被保険者番号
	生年月日	明・大・昭 年 月 日 (歳)	要介護度	1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5
	住所	〒	介護認定期間	平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで
	障害高齢者の日常生活自立度（ねたきり度）		自立・J1・J2・A1・A2・B1・B2・C1・C2	
	認知症高齢者の日常生活自立度		自立・I・IIa・IIb・IIIa・IIIb・IV・M	
	障害者手帳の有・無	身・療・精 級 ()	年金の種類／国民年金・厚生年金・その他 () 支給額 万円／月・年	
人 の 状 況	現在利用している 在宅サービスの状 況を選び、() に 具体的内容を記 入して下さい。	1 訪問介護 () 2 訪問入浴介護 () 3 訪問看護 () 4 訪問リハビリテーション () 5 通所介護 ()	6 通所リハビリテーション () 7 短期入所生活介護 () 8 短期入所療養介護 () 9 福祉用具貸与・購入費の支給 () 10 その他 ()	
	優先入所を希望する理 由について該当するも のすべてを選び、() に 具体的内容を記入し て下さい。	1 介護者がいないため。() 2 介護者はいるが、高齢等のため十分な介護が困難なため。 () 3 介護者はいるが、障害や疾病の状況であり十分な介護が困難なため () 4 介護者はいるが、就業しているため十分な介護が困難なため。 () 5 介護者はいるが、育児または家族が病気であり十分な介護が困難なため。 () 6 介護保険施設に入所しているが替わりたい。 () 7 その他 ()		

特別養護老人ホーム入所申込書（その2）

本 人 の 状 況	施設及び病院に 入所、入院の場 合		施設名または病院名				
			所在地				
			入居または入院期間		年 月 日から		
医療的処置 (該当するものすべてを選んで下さい。)		1 経管栄養 2 中心静脈栄養 3 インシュリン注射 4 褥瘡(床ずれ) 5 在宅酸素 6 バルーンカテーテル 7 人工肛門 8 人工膀胱 9 その他 その他にありましたら記入下さい。()					
現在治療中の病気		病名		医療機関			
		病名		医療機関			
		病名		医療機関			
既往歴		病名		発症年月日		年 月 頃	
		病名		発症年月日		年 月 頃	
		病名		発症年月日		年 月 頃	
生活歴		出身地		趣味・特技			
		職歴		性格			
		1日の過ごし方					
身体 の 状 況		歩行		1 自立 2 補助具により可(杖・歩行器) 3 歩行介助 4 車椅子使用 5 歩行不可			
		食 事		1 自立 2 見守り 3 一部介助 4 全介助			
				主食		a 普通 b 粥 c ペースト d 流動食(経口・経管)	
		副食		a 普通 b 一口大 c 刻み d ペースト			
		排 泄		1 自立 2 見守り 3 一部介助 4 全介助 (a ポータブルトイレ使用 b 尿・便器使用 c おむつ使用)			
		入 浴		1 自立 2 見守り 3 一部介助 4 全介助			
		更 衣		1 自立 2 見守り 3 一部介助 4 全介助			
		視 力		1 普通 2 やや悪い 3 悪い 4 ほとんど見えない			
		聴 力		1 普通 2 やや悪い 3 悪い 4 ほとんど聞こえない			
		言 語		1 普通 2 聞き取りにくい 3 ほとんど話せない			
理解力		1 普通 2 やや低下 3 低下					
麻 痺		有・無		(右・左手・足)		拘縮 有 無 部位 ()	
その他(特にあれば 記入して下さい。)							
緊急時の連絡先		<input type="checkbox"/> 申込者 <input type="checkbox"/> 主介護者 <input type="checkbox"/> その他 ()					
〒 -		氏名		電話番号			
		印		携帯番号			
緊急時の連絡先		<input type="checkbox"/> 申込者 <input type="checkbox"/> 主介護者 <input type="checkbox"/> その他 ()					
〒 -		氏名		電話番号			
		印		携帯番号			

特別養護老人ホーム入所申込書（その3）

介護者の状況	主たる介護者	ふりがな 氏名		性別	本人との関係	
		男	女			
		生年月日	昭和・平成 年 月 日 生まれ			
		同居の区分	1 同居 2 別居（住所 _____）			
介護者の状況	従たる介護者	ふりがな 氏名		性別	本人との関係	
		男	女			
		生年月日	昭和・平成 年 月 日 生まれ			
		同居の区分	1 同居 2 別居（住所 _____）			
1	主たる介護者の就労状況		主たる介護者の育児状況		主たる介護者の健康状況	
	有（常勤・パート）／無 □8時間以上 □4時間以上8時間未満		有（ 人 歳） 無 □常時の育児が必要 □半日の育児が必要		良好 不良（ _____ ） 主たる介護者の家族の健康状態 良好 不良（ _____ ）	
	介護期間		年 月			
	※下記、□項目に該当する事項について印を付けてください。					
介護者状況	主たる介護者が障害や疾病の状況にある為 □介護困難 □多少介護可能 □介護可能 □質問事項の状況にない					
	主たる介護者の家族の病気の状況において □常時看病が必要 □半日程度看病が必要 □時々看病が必要 □質問事項の状況にない					
	主たる介護者が複数の介護をしている為 □介護困難 □多少介護可能 □介護可能 □左記という事はない					
2	従たる同居介護者の状況 □従たる同居介護者はいない □介護困難 □多少介護可能 □介護可能					
	別居している血縁者による介護の可能性 □別居している血縁者はいない □介護困難 □多少介護可能 □介護可能					
その他	入所を希望する時期	1 今すぐ入所したい。 2 年 月頃までに入所したい。				
	申し込みの状況	1 当該施設のみ申し込む。 2 他の施設に申し込んでいる。 所在地： 施設名：				
	待機期間	年 月				
	居宅において日常生活を行うことが困難であることについてのやむを得ない事由 （要介護度1又は2のみ記載）		□認知症である者であって、日常生活に支障をきたすような症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁にみられる。 □知的障害者・精神障害等を伴い、日常生活に支障をきたすような症状・行動や意思疎通の困難さ等が頻繁にみられる。 □家族等による深刻な虐待等が疑われること等により、心身の安全・安心確保が困難である。 □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な状況である。			
	個室・多床室の希望	1 個室に入所を希望する。 2 多床室に入所を希望する。 3 個室・多床室のどちらでもよい。				
説明確認	私は、優先入所申込の際、入所決定の手続き及び入所の必要性を評価する基準等について、施設から説明を受けました。 平成 年 月 日 氏名 _____					

- ※1 認定調査票（写）、被保険者証（写）、サービス利用表（写）を添付して下さい。
- ※2 必要性がなくなった場合は、別紙「特別養護老人ホーム優先入所申込取り下げ書」を提出して下さい。
- ※3 申込内容に変更が生じた場合は、施設に連絡し、指示を受けて下さい。順番が変更になる事があります。
- ※4 要介護度の変更等の際には、再度介護保険被保険者証の写し、及び認定調査票の写しをご提出下さい。

特別養護老人ホーム入所申込取り下げ書

平成 年 月 日

特別養護老人ホームエンゼルの丘
施設長様

申込者
住所
氏名

私は、先に提出した「特別養護老人ホーム入所申込書」を下記のとおり取り下げます。

記

1 申込み日

平成 年 月 日

2 入所希望者

住所

氏名

3 取り下げる理由

特別養護老人ホーム「エンゼルの丘」利用料金表

ご利用料金は、基本料金（1表）と、介護保険における各種加算に伴う自己負担料金（3表・該当項目のみ対象）と、日常生活費の自己負担料金（4表・該当項目のみ対象）の**合計額**になります。

～<1表>基本料金～

<ユニット型個室> ◎基本ご利用料金（1日あたり）

介護保険利用（自己負担1割時）

自己負担他 要介護度	上段：自己負担合計額/1日あたり（①+②+③）				内 訳		
	下段：30日分の合計額				※1 介護保険 自己負担額①	※2 生活費自己負担額	
	第1段階	第2段階	第3段階	第4段階		居住費②	食費③
要介護1	1,765円 (52,948円)	1,855円 (55,648円)	2,605円 (78,148円)	4,035円 (121,048円)	645円	<第1段階>	
要介護2	1,833円 (54,986円)	1,923円 (57,686円)	2,673円 (80,186円)	4,103円 (123,086円)	713円	820円	300円
要介護3	1,907円 (57,206円)	1,997円 (59,906円)	2,747円 (82,406円)	4,177円 (125,306円)	787円	820円	390円
要介護4	1,975円 (59,244円)	2,065円 (61,944円)	2,815円 (84,444円)	4,245円 (127,344円)	855円	1,310円	650円
要介護5	2,043円 (61,283円)	2,133円 (63,983円)	2,883円 (86,483円)	4,313円 (129,383円)	923円	1,970円	1,420円

介護保険利用（自己負担2割時）

自己負担他 要介護度	上段：自己負担合計額/1日あたり (①+②+③)	内 訳		
	下段：30日分の合計額	※1 介護保険 自己負担額①	※2 生活費自己負担額	
	第4段階		居住費②	食費③
要介護1	4,680円 (140,395円)	1,290円	<第1段階>	
要介護2	4,816円 (144,471円)	1,426円	820円	300円
要介護3	4,964円 (148,912円)	1,574円	820円	390円
要介護4	5,100円 (152,988円)	1,710円	1,310円	650円
要介護5	5,236円 (157,065円)	1,846円	1,970円	1,420円

※特別な室料（円）

Aタイプ（トイレ、洗面化粧台付 居室面積：12.5㎡）6室 400円/日

Bタイプ（洗面化粧台付 居室面積：14.5㎡）2室 300円/日

<ユニット型個室> ◎特別な室料が加算された場合のご利用料金（1日あたり）

介護保険利用（自己負担1割時）

A タ イ プ	自己負担他 要介護度	上段：自己負担合計額/1日あたり（①+②+③+④）			内 訳			
		下段：30日分の合計額			※1 介護保険 自己負担額①	※2 生活費自己負担額		
		第2段階	第3段階	第4段階		居住費②	食費③	特別な室料④
要介護1	2,255円 (67,648円)	3,005円 (90,148円)	4,435円 (133,048円)	645円	<第2段階> 820円 390円 <第3段階> 1,310円 650円 <第4段階> 1,970円 1,420円	400円		
要介護2	2,323円 (69,686円)	3,073円 (92,186円)	4,503円 (135,086円)	713円				
要介護3	2,397円 (71,906円)	3,147円 (94,406円)	4,577円 (137,306円)	787円				
要介護4	2,465円 (73,944円)	3,215円 (96,444円)	4,645円 (139,344円)	855円				
要介護5	2,533円 (75,983円)	3,283円 (98,483円)	4,713円 (141,383円)	923円				

介護保険利用（自己負担2割時）

A タ イ プ	自己負担他 要介護度	上段：自己負担合計額/1日あたり （①+②+③+④）		内 訳			
		下段：30日分の合計額		※1 介護保険 自己負担額①	※2 生活費自己負担額		
		第4段階			居住費②	食費③	特別な室料④
要介護1	5,080円 (152,395円)			1,290円	<第4段階> 1,970円 1,420円	400円	
要介護2	5,216円 (156,471円)			1,426円			
要介護3	5,364円 (160,912円)			1,574円			
要介護4	5,500円 (164,988円)			1,710円			
要介護5	5,636円 (169,065円)			1,846円			

介護保険利用（自己負担1割時）

自己負担他 要介護度	上段：自己負担合計額/1日あたり（①+②+③+④）			内 訳			
	下段：30日分の合計額			※1 介護保険 自己負担額①	※2 生活費自己負担額		
	第2段階	第3段階	第4段階		居住費②	食費③	特別な室料④
B タ イ プ	要介護1	2,155 円 (64,648 円)	2,905 円 (87,148 円)	4,335 円 (130,048 円)	645 円	<第2段階> 820 円 390 円 <第3段階> 1,310 円 650 円 <第4段階> 1,970 円 1,420 円	300 円
	要介護2	2,223 円 (66,686 円)	2,973 円 (89,186 円)	4,403 円 (132,086 円)	713 円		
	要介護3	2,297 円 (68,906 円)	3,047 円 (91,406 円)	4,477 円 (134,306 円)	787 円		
	要介護4	2,365 円 (70,944 円)	3,115 円 (93,444 円)	4,545 円 (136,344 円)	855 円		
	要介護5	2,433 円 (72,983 円)	3,183 円 (95,483 円)	4,613 円 (138,383 円)	923 円		

介護保険利用（自己負担2割時）

自己負担他 要介護度	上段：自己負担合計額/1日あたり (①+②+③+④)		内 訳			
	下段：30日分の合計額		※1 介護保険 自己負担額①	※2 生活費自己負担額		
	第4段階			居住費②	食費③	特別な室料④
B タ イ プ	要介護1	4,980 円 (149,395 円)	1,290 円	<第4段階> 1,970 円 1,420 円	300 円	
	要介護2	5,116 円 (153,471 円)	1,426 円			
	要介護3	5,264 円 (157,912 円)	1,574 円			
	要介護4	5,400 円 (161,988 円)	1,710 円			
	要介護5	5,536 円 (166,065 円)	1,846 円			

<多 床 室>◎基本ご利用料金（1日あたり）

介護保険利用（自己負担1割時）

自己負担他 要介護度	上段：自己負担合計額/1日あたり（①+②+③）				内 訳		
	下段：30日分の合計額				介護保険 自己負担額①	生活費自己負担額	
	第1段階	第2段階	第3段階	第4段階		居住費②	食費③
要介護1	969円 (29,047円)	1,429円 (42,847円)	1,689円 (50,647円)	2,929円 (87,847円)	669円	<第1段階> 0円 300円	
要介護2	1,035円 (31,024円)	1,495円 (44,824円)	1,755円 (52,624円)	2,995円 (89,824円)	735円	<第2段階> 370円 390円	
要介護3	1,106円 (33,154円)	1,566円 (46,954円)	1,826円 (54,754円)	3,066円 (91,954円)	806円	<第3段階> 370円 650円	
要介護4	1,106円 (35,131円)	1,566円 (48,931円)	1,826円 (56,731円)	3,066円 (93,931円)	871円	<第4段階> 840円 1,420円	
要介護5	1,236円 (37,078円)	1,696円 (50,878円)	1,956円 (58,678円)	3,196円 (95,878円)	936円		

介護保険利用（自己負担2割時）

自己負担他 要介護度	上段：自己負担合計額/1日あたり	内 訳		
	(①+②+③)	介護保険 自己負担額①	生活費自己負担額	
	下段：30日分の合計額		居住費②	食費③
	第4段階			
要介護1	3,597円 (107,894円)	1,337円	<第1段階> 0円 300円	
要介護2	3,729円 (111,848円)	1,469円	<第2段階> 370円 390円	
要介護3	3,871円 (116,107円)	1,611円	<第3段階> 370円 650円	
要介護4	4,002円 (120,062円)	1,742円	<第4段階> 840円 1,420円	
要介護5	4,132円 (123,956円)	1,872円		

※ユニット型個室・多床室ともに、介護保険自己負担額①は、介護給付費単位数×地域区分（深谷市：7級地）10.14円となっております。

※30日分の合計額は、（介護給付費単位数×30日×10.14円（地域区分） ※1）－（※1×0.9）＋（生活費自己負担額（②+③）×30日）、2割負担時は（介護給付費単位数×30日×10.14円（地域区分） ※1）－（※1×0.2）＋（生活費自己負担額（②+③）×30日）の合計額となっております。

※30年4月の法改正により、介護保険自己負担額①の金額が変更となっております。

※平成27年8月介護保険法改正により、一定以上の所得のある方は、サービスを利用した時の負担割合が2割になります。市区町村から負担割合が記された「介護保険負担割合証」が交付されますので、ご提示ください。

◎65歳以上の方で、ご本人の合計所得金額が160万円以上で、且つ、以下1.2の場合。

1. 単身の方の場合、年金収入とその他の合計所得金額の合計が280万円以上。
2. 同一世帯の65歳以上の方の人数が2人以上の場合、年金収入とその他の合計所得金額の合計が346万円以上。

< 2 表 >生活費（食費・居住費）のご利用負担額については、以下の基準で減額の制度があります。

区分（段階）	課税区分（世帯全員）	対象者
第 1 段階	世帯全員が市区町村民 税 非課税	生活保護を受給されている方と、老齢福祉年金を受給されている方
第 2 段階	世帯全員が市区町村民 税 非課税	合計所得金額と公的年金等収入額の合計が年間 80 万円以下の方
第 3 段階	世帯全員が市区町村民 税 非課税	上記第 2 段階以外の方
第 4 段階	市区町村民税 課税	上記対象条件以外の方

※平成 27 年 8 月の介護保険法改正により、基準が変わります

- ・配偶者が市区町村民税を課税されている場合は、対象外となります（世帯が同じかどうかは問いません）。
- ・預貯金等の金額を確認し（ご本人の通帳の写し、有価証券の口座残高の写し、金銀の購入先の口座残高の写し、投資信託の口座残高の写し、タンス預金は自己申告）、配偶者がいる場合は合計 2,000 万円、配偶者がいない場合は 1,000 万円を超える場合には、対象外となります。

※減額の手続きなどの詳細は、役所の介護保険窓口にお問い合わせ下さい。

< 3 表 >介護保険における各種加算に伴う自己負担料金～

要介護度、ご利用者負担段階の如何に関わらず一律料金が加算されます。（ユニット型個室）

加算 ※ 1	加算項目	加算概要（条件）	単位	自己負担額※ 2	
				1 割負担	2 割負担
○	介護職員処遇改善加算 I	1 ヶ月につき所定単位数 × 83/1000		下記参照	
<p>処遇改善加算の算定方法～ 1 表の介護保険自己負担額 + 3 表の加算（○印の該当する部分の単位数の合計 × 83/1000）</p> <p>例） 1 割負担で要介護度 2 の方の場合 介護保険基本単位数（703 単位） + 夜勤職員配置加算（Ⅱ）□（18 単位） + 栄養マネジメント加算（14 単位） + 看護体制加算（Ⅰ）□（4 単位） + 看護体制加算（Ⅱ）□（8 単位） + サービス提供体制加算（6 単位） = 753 単位 × 83/1000 = 介護職員処遇改善加算（62 単位） （●印は発生した場合に上記の計算式に算入する）</p> <p>利用者自己負担額 62 単位 × 10.14 円 = 628（小数点以下切捨） 628 × 0.9 = 565（小数点以下切捨） 628 - 565 = 63 円/1 日</p>					
	日常生活継続支援加算（Ⅰ）従来型	心身の障害が重度の利用者を一定数以上受け入れている場合	1 日	37 円	73 円
	日常生活継続支援加算（Ⅱ）ユニット型	心身の障害が重度の利用者を一定数以上受け入れている場合	1 日	47 円	94 円
○	看護体制加算（Ⅰ）□	常勤の看護師を 1 名以上配置している場合（入所定員 30 人又は 51 人以上の事業所）	1 日	4 円	8 円
○	看護体制加算（Ⅱ）□	施設基準に置くべき看護師の数に 1 名加えた数以上の配置（入所定員 30 人又は 51 人以上の事業所）	1 日	9 円	17 円
○	夜勤職員配置加算（Ⅱ）□	施設基準数に 1 名を足した数以上の夜勤職員を配置している場合（入所定員 30 人又 51 人以上の事業所）	1 日	19 円	37 円

	個別機能訓練加算	機能訓練指導員により機能訓練を行った場合	1日	13円	25円
○	栄養マネジメント加算	管理栄養士を配置し、栄養ケア計画を作成し実施及び評価を行った場合	1日	15円	29円
	療養食加算	医師の食事籤に基づき療養食を提供した場合	1日	19円	37円
●	外泊時費用	外泊及び医療機関に入院をした場合（上限：月6日）	1日	250円	499円
●	初期加算	入所日から30日以内の期間（入院後の再入所も同様）	1日	31円	61円
	看取り介護加算（1）	看取り介護の体制を整備し、死亡日以前4日以上30日以下に算定	1日	146円	292円
	看取り介護加算（2）	看取り介護の体制を整備し、死亡日以前2日から3日に算定	1日	690円	1,379円
	看取り介護加算（3）	看取り介護の体制を整備し、死亡日当日に算定	1日	1,298円	2,596円
	口腔衛生管理体制加算	歯科医師または歯科衛生士が介護職員に対する口腔ケアに係る指導を月1回以上行い、口腔ケア計画が作成されている場合	1月	31円	61円
	口腔衛生管理加算	歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が入所者に対し、口腔ケアを月4回以上行った場合（口腔昨日維持管理体制加算を算定しない場合は算定しない）	1月	112円	223円
	認知症行動 心理症状緊急対応加算	医師が、認知症の行動・心理症状が認められるため、在宅での生活が困難であり、緊急に入所することが適当であると判断した場合（入所後7日に限り 一日に200単位を加算）	1日	203円	406円
	認知症専門ケア加算（Ⅰ）	専門的な研修を修了した者を一定数以上配置している場合	1日	3円	6円
	認知症専門ケア加算（Ⅱ）	上記に加え、1名を足した数以上の研修修了者を配置している場合	1日	4円	8円
	経口移行加算	経口摂取に移行するための栄養管理を実施した場合	1日	29円	57円
	経口維持加算（Ⅰ）	著しい摂取障害がある方の経口摂取を維持するための栄養管理を実施した場合	1月	406円	812円
	経口維持加算（Ⅱ）	摂取障害がある方の経口摂取を維持するための栄養管理を実施した場合	1月	102円	203円
	障害者生活支援体制加算	各種障害者に対して、専門技術を持った、障害者生活支援員を配置した場合	1日	27円	53円
	退所時相談援助加算	退所後の利用者の生活問題に対する相談援助を行った場合	1回	406円	812円
	退所前訪問相談援助加算	（入所中1回（又は2回を限度に460単位を加算）	1回	467円	933円
	退所後訪問相談援助加算	（退所後1回を限度に460単位を算定）	1回	467円	933円
	退所前連携加算	退所前に指定居宅介護支援事業者の介護支援専門員と連絡調整を行った場合	1回	507円	1,014円

	在宅復帰支援機能加算	利用者が在宅復帰するに当たり相談援助を行った場合	1日	11円	21円
	在宅・入所相互利用加算	利用者が在宅復帰するに当たり可能な限り在宅生活が持続できるよう援助した場合	1日	41円	81円
	サービス提供体制強化加算(Ⅰ)イ	介護職員の総数の60%以上が介護福祉士である場合	1日	19円	37円
	サービス提供体制強化加算(Ⅰ)ロ	介護職員の総数の半分以上が介護福祉士である場合	1日	13円	25円
○	サービス提供体制強化加算(Ⅱ)	介護・看護職員の総数の75%以上が常勤職員である場合	1日	6円	12円
	サービス提供体制強化加算(Ⅲ)	直接処遇する職員中、30%以上が勤続3年以上である場合	1日	6円	12円

※1 ○印と●印は現在の加算項目となります。

※2 ○印の夜勤職員配置加算(Ⅱ)ロについては、ユニットのみ算定となります。

※域区分(深谷市:7級地)10.14円で計算。

～ <4表> 日常生活費の自己負担料金 ～

項目	内容	単位	料金
日用品費	シャンプー、ボディソープ、歯ブラシ、歯磨き粉等	1日	206円
教養・娯楽費	書道、絵画、その他のクラブ活動費	1日	実費
理美容費	施設にて訪問理美容を利用した場合	1回	1,500円
電気料金	電化製品持ち込みの場合(髭剃りのみの場合は除く)	月額	1,500円
行事参加費	行事に参加した場合	1回	500円
コピー料金	用紙サイズにより(B5・A4)10円/(B4・A3)15円	1枚	10円・15円
写真代	季節行事等の写真を購入希望の場合	1枚	40円
職員受診同行費	遠方の(半日以上かかる場合の) 医療機関の受診に職員が同行した場合の交通費として	使用回数 に乗じて	実費

◎料金を提示したものの以外にも、利用者様からの依頼により購入する日用品などで、利用者負担が望ましいと考えられるものについては実費を請求させていただきます。

～利用料金の留意事項～

- ①基本料金は、介護保険自己負担額と生活費自己負担額(居住費・食費)の合計額となります。
- ②基本料金につきましては、2表に示しましたように、市民税の課税・非課税によって、4段階に分かれ、所得に応じた負担とする制度があります。それによって、1表に示した負担額となります。一応30日ご利用を例として挙げてありますので、30日に満たない月、30日を越える月は、基本利用料金に対し、日数分の増減があります。
- ③加算分の自己負担料金につきましては、3表に挙げられたもののうち、○印と●印をつけた加算について自己負担料金が発生します。施設はすべての加算を実施するわけではありません。
- ④日常生活費の自己負担料金につきましては、4表に挙げられた項目のサービスを受けた場合に発生します。