

ご入居までの流れ

1. お問い合わせ・入居相談(電話・見学)

ご本人様の現在の状況(介護・医療・家族関係)について相談員がお伺いいたします。

2. 入居申し込み

次の書類を月末までに提出して下さい。

- 入居申込書
- フロフィール
- 健康診断書(医療機関の指定なし)
- 健康告知書
- 本人収入申告書(添付書類は入居決定時に提出いただきます。)
- 日常生活調査票 ① ②
- 介護保険者証の写し
- 各保険証(後期高齢者・原爆手帳・障害者手帳など)の写し
- 親和園利用料金確認書

3. 面談審査

- 書類を受領後ご本人様と面談させて頂き、意思確認・身体的、精神的(認知症等)状況確認させて頂きます。
- 御家族様(保証人様)には、必ず当園に御来園して頂いた上で面談させて頂きます。
*必ず第1の保証人様に来園して頂きます。

4. 入所判定委員会の開催

面談終了後入所判定委員会を開催し、入居に付いての可否の決定を致します。

- 入居可能の場合次の契約締結(空室が有る場合)をして頂きます
- 入居可能な場合でも空室が無い場合、待機者として登録します。
(待機者として登録後入居可能となった場合でも、待機登録の時点と著しく身体状態の低下が有った場合、入居をお断りする場合がありますので御承知ください。)
- 入居不可の場合もご連絡いたします。

5. 入居契約の締結

お渡しする書類

- 重要事項説明書(2部 保証人の方は実印を押印)
- 入居契約書一式(2部 保証人の方は実印を押印)
- 誓約・身元保証書(保証人の方は実印)
- 委任状
- 管理一時金振込先通知書(分割の場合誓約書)
- 自動引落依頼書(広島銀行のみ)
- 火災保険加入申込書(2年の掛け捨て 13,500円)
- 入居予定日希望依頼書
- 個人情報提供等承諾書
- 親和園独自サービス費用書
- 各種募金・寄付金御承諾の有無確認について

次の書類を提出して下さい

- 入居契約書一式(2部 保証人の方は実印を押印)
- 誓約・身元保証書(保証人の方は実印)
- 委任状
- 管理一時金分割の場合の誓約書(保証人の方は実印)
- 自動引落依頼書(広島銀行のみ)
- 火災保険加入申込書(2年の掛け捨て 13,500円)
- 保証人の方の印鑑証明
- 保証人の方の源泉徴収票若しくは課税証明書
- 入居者、保証人の方の住民票
- 入居予定日希望依頼書
- 一時金振込済書の写し(書類提出までにお振り込み下さい)
- 個人情報提供等承諾書
- 親和園独自サービス費用書
- 各種募金・寄付金御承諾の有無確認について
- 入居者、昨年の収入が分かる書類

注意事項

- ◇ 毎月月末までに上記「2、入居申し込み」の時に必要な書類を御提出下さい。
- ◇ 月末までに御提出頂き、面談審査を終えられた方のみ翌月15日までに入所判定委員会に諮らせて頂き、御入居の可否についてご連絡いたします。
- ◇ 月末までに必要書類の御提出・面談審査が間に合わない場合は、翌月となりますのでご注意ください。
不明な点は土、日、際日を除く平日にお電話ください。
電話(0823)42-5111(杉井相談員・中村介護支援専門員・岡田事務員・前寺施設長)

ケアハウス・こよの里 親和園 利用申込書

こよの里・親和園 施設長 殿

私は、こよの里 親和園の利用を希望しますので、関係書類を添えて申し込みます。

令和 年 月 日

申込者（本人又は家族） 印

利用者本人	フリガナ氏名	男	明治・大正・昭和			
	現住所	女	年 月 日生()歳			
	電話() ー 番					
申込理由	1. 家庭の事情で家族と同居できない 2. 現在の住居が狭い 3. 他人の世帯と同居している 4. 親近者が無く将来が不安 5. その他(6に記入のこと)		6.			
	現住宅状況					
家族状況	1. 自宅 2. 公営(市営・県営・公団等) 3. アパート(借家) 4. 借家 5. その他(詳細に記入のこと)					
	氏名	年齢	続柄	同・別居	職業	住所・電話
						〒 () ー 携帯
						〒 () ー 携帯
						〒 () ー 携帯
						〒 () ー 携帯
ごく近い親族をご記入ください ※連絡先は昼間連絡のとれる電話番号をご記入下さい						

収入状況 (該当に○)	給与等収入・年金収入・不動産収入・利子等収入					
	その他の収入() 合計年収 円					
身体状況	日常生活 (該当に○)	歩行(独歩・杖・歩行器・車椅子(自力・要介助)・押し車) 排泄(自立・リハパン(終日・日中・夜間で介助は必要・不必要)・オシメ) 入浴(自立・全介助・半介助・見守り) 食事(自立・介助)				
	健康状態 (該当に○)	健康 持病 病名() 通院治療中病院名() 皮膚疾患 病名() 通院治療中病院名()				
	既往病歴					
手帳 (該当に○)	身体障害	有【障害名()手帳(種 級)】・無				
	原爆手帳	有・無				
	介護保険	認定済(介護度・利用サービス)・未認定 居宅事業所名() 担当ケアマネージャー()				
生活歴	職業	(主なもの)				
	結婚歴	有・無 死別(年)・離別				
	その他	趣味: 特技: 嗜好: 酒1日 合・煙草1日 本				
身元保証人	氏名	年齢	続柄	職業	住所・電話 ※昼間連絡のとれる電話番号をご記入下さい	
	①				〒 () ー 携帯	
	②				〒 () ー 携帯	
	*身元保証人の欄には①より第1の保証人・②に第2の保証人を御記入下さい。					
	利用希望	居室(単身)(洋室・和室) (夫婦)(洋室・和室) 備付ベット(使用する・使用しない) 希望階数 階・別になし				自動車(持参する・持参しない) 自転車(持参する・持参しない) その他

プロフィール

氏 名	様
趣 味	
従事してこられた仕事、勤務先	
これまでの地域活動など	

親 族・関 係 者

氏 名	住 所	続 柄	電話番号 携帯番号	勤務先(連絡先)

入居後の希望(されていた事、伝えておきたい事)

--

健康診断書

(ふりがな) 氏 名	生 年 月 日		明治 ・ 大正 ・ 昭和 年 月 日 歳	
病 名				
経 過				
既 往 歴			現在の処方	
医療的処置 の有無	無 ・ 有 ()			
アレルギー の有無	無 ・ 有 ()			
自 立 度	障害 : 正常 ・ J 1 ・ J 2 ・ A 1 ・ A 2 ・ B 1 ・ B 2 ・ C 1 ・ C 2			
レ ベ ル	認知症 : 正常 ・ I ・ II a ・ II b ・ III a ・ III b ・ IV ・ M			
血 圧	/ mmHg		身 長	cm 体 重 kg
視 力	右 [普通 弱視 視力なし]	左 [普通 弱視 視力なし]	聴 力	右 [普通 やや難聴 難聴] 左 [普通 やや難聴 難聴]
血 液 一 般	白血球	/mm3	感染症	HBs 抗原
	赤血球	/mm3		MRSA
	ヘモグロビン	g/dl		ガラス版法
	血小板	/mm3		TPHA
生科学検査	総蛋白	g/dl	尿一般 検 査	疥癬
	総ビリルビン	mg/dl		HCV 抗体
	アルブミン	g/dl		糖 ()
	γ GTP	lu/l	【胸部 XP 所見】撮影年月日 (年 月 日)	蛋白 ()
	GOT	lu/l		ウロビリノーゲン ()
	GPT	lu/l		潜血 ()
	ALP	lu/l	【ECG 所見】	
	総コレステロール	mg/dl		
	HDL	mg/dl		
	BUN	mg/dl		
	クレアチニン	mg/dl		
	尿酸	mg/dl		
	Na	mEq/l		
	K	mEq/l		
	Cl	mEq/l		
	血糖 (食後 H)	mg/dl		
	HbA1c	%		
	CRP	mg/dl		
年 月 日 医療機関 所在地 名 称 電 話 医 師 氏 名 印				

健康告知書

ふりがな 氏 名	
-------------	--

1、次の質問にお答えください。

(1) これまでに次の病気にかかったことがあれば○をして下さい。
 (イ) 高血圧 (ロ) 高脂血症 (ハ) 脳卒中 (ニ) 心臓病 (ホ) 糖尿病
 (ヘ) 肝臓病 (ト) その他 ()

(2) 現在治療中の病気があれば病名をご記入下さい。
 ()

(3) その他健康上気になることがあれば記入して下さい。
 ()

(4) おやすみ前に安定剤を服用しておられますか。お聞かせ下さい。
 (イ) 毎日服用している (ロ) 時々服用している (ハ) 服用していない

2、日常生活に関連することをお尋ねします。○またはご記入をお願いします。

(1) 食事について
 ・気をつけてこられたことがありますか。
 ()
 ・食べにくい食品がありますか。
 ()

(2) お酒は飲まれますか。
 (イ) 飲まない
 (ロ) 飲む → (毎 日 ・ 時 々)
 お好みをお聞かせ下さい。(ビール・日本酒・焼酎・洋酒)

(3) たばこは吸いますか。
 (イ) もともと吸わない
 (ロ) やめた
 (ハ) 吸う → 1日に () 本くらい

(4) 運動習慣
 (イ) なし
 (ロ) 実行している → どんなことをしておられますか。
 ()
 どのくらいの頻度でしておられますか。
 1日に () 分くらい
 1週間に () 回くらい

(5) 便通
 (イ) 良好
 (ロ) 不規則 (便秘がち ・ 下痢をしがち)

収入申告書

令和 年 月 日

ケアハウス・こよりの里

親和園 施設長様

氏名 _____ 印 _____

令和 年中(昨年 1 月から 12 月分)の収入に付いて次の通り申告いたします。

種 別		金 額 (年 額)
収 入	国民年金・厚生年金・恩給等公的年金の種別 () 年金	円
	() 年金	円
	() 年金	円
	利子・配当収入	円
	財産収入 (家賃・駐車場等)	円
	その他の収入 (不明な点をご相談ください。)	
		円
		円
		円
		円
合 計 (A)		円
必 要 経 費	下記・収入合計が 1,500,000 円以下の方は無記入	
	国民健康保険料又は準ずるもの	円
	所得税・住民税等の租税	円
	医療費	円
	介護保険料 (普通徴収のみ)	円
	介護保険サービス利用者負担額	円
	その他の必要経費 (不明な点をご相談ください。)	
		円
		円
		円
合 計 (B)		円
差 引 額 (A-B)		円

(注) 入居決定時には収入額、必要経費の額を確認できる書類を提出して下さい。

☆下記は記入しないで下さい☆

施設長	担 当	対 象 収 入	階 層 区 分
		円	階層

身体状況（複数チェック可）	特記事項
麻痺等の有無について ☐ ない ☐ 左上肢 ☐ 右上肢 ☐ 左下肢 ☐ 右下肢 ☐ その他	
関節の動く範囲の制限の有無について ☐ ない ☐ 肩関節 ☐ 肘関節 ☐ 股関節 ☐ 膝関節 ☐ 足関節 ☐ その他	
寝返りについて ☐ 自立 ☐ 一部介助 ☐ 全介助	
起き上がりについて ☐ つかまらないでできる ☐ 何かにつかまればできる ☐ できない	
座っていることについて ☐ 支えなしでできる ☐ 何か支えがあればできる ☐ できない	
両足での立位保持について ☐ 支えなしでできる ☐ 何か支えがあればできる ☐ できない	
移動について ☐ 歩行 （ ☐ 独歩 ☐ 杖歩行 ☐ シルバーカー ☐ 歩行器 ） ☐ 車椅子 （ ☐ 自立 ☐ 見守り ☐ 一部介助 ☐ 全介助 ） ☐ ストレッチャー ☐ その他	
移乗について ☐ 自立 ☐ 見守り ☐ 一部介助 ☐ 全介助	
立ち上がりについて ☐ つかまらないでできる ☐ 何かにつかまればできる ☐ できない	
食事摂取について：入歯の有無 ☐ 有 ☐ 無 ☐ 自立 ☐ 見守り ☐ 一部介助 ☐ 全介助 ☐ 胃ろう ＊主食 ☐ 普通食 ☐ 軟食 ☐ ミキサー ☐ その他（ ） ＊副食物 ☐ 普通 ☐ きざみ ☐ ミキワー ☐ その他（ ）	＊食べにくい食べ物があればお書き下さい。
入浴について：頻度 ☐ 毎日 ☐ 2～3日に1度 ☐ その他（ ） ☐ 普通浴槽 ☐ 特殊浴槽（ ） ☐ その他（ ） ☐ 自立 ☐ 見守り ☐ 一部介助 ☐ 全介助	
排尿について ☐ トイレ ☐ ポータブルトイレ ☐ 尿器 ☐ 紙パンツ ☐ オムツ ☐ パット ☐ 自立 ☐ 見守り ☐ 一部介助 ☐ 全介助	
排便について ☐ トイレ ☐ ポータブルトイレ ☐ おまる ☐ 紙パンツ ☐ オムツ ☐ 自立 ☐ 見守り ☐ 一部介助 ☐ 全介助	
整容について：洗面 ☐ 自立 ☐ 一部介助 ☐ 全介助	
衣服の着脱について ☐ 自立 ☐ 見守り ☐ 一部介助 ☐ 全介助	

入居希望者の身体状況 (複数チェック可)	特記事項
金銭の管理について ☐ 自立 ☐ 一部介助 ☐ 全介助	
日常の意思決定について ☐ できる ☐ 特別な場合を除いてできる ☐ 日常的に困難 ☐ できない	
視力について：眼鏡の有無 ☐ 有 ☐ 無 ☐ その他 () ☐ 日常生活に支障がない ☐ 近距離なら見える ☐ ほとんど見えない	
聴力について：補聴器の有無 ☐ 有 ☐ 無 ☐ その他 () ☐ 日常生活に支障がない ☐ 大きな声なら聞き取れる ☐ ほとんど聞こえない	
意思の伝達について ☐ できる ☐ 時々できる ☐ できない	
指示への反応について ☐ 通じる ☐ 時々通じる ☐ 通じない	
性格について ☐ 几帳面 ☐ プライドが高い ☐ 朗らか ☐ 親しみやすい ☐ 我慢強い ☐ 無口 ☐ 人にとけ込みにくい ☐ 融通がきかない	
対人関係について ☐ 協調的 ☐ 普通 ☐ 拒否的	
精神状態等について (特記欄に状態を記入して下さい) ☐ 正常 ☐ 精神的障害有 ☐ 認知：記憶【 ☐ 重度 ☐ 中度 ☐ 軽度】：失見当【 ☐ 重度 ☐ 中度 ☐ 軽度】	
記憶・理解について 毎日の日課を理解することが ☐ できる ☐ できない 直前の出来事を思い出すことが ☐ できる ☐ できない 自分の名前を答えることが ☐ できる ☐ できない 自分がいる場所を答えることが ☐ できる ☐ できない	
不適応行動について 被害的になることが ☐ ない ☐ 時々ある ☐ ある 幻覚・幻聴が ☐ ない ☐ 時々ある ☐ ある 感情が不安定になることが ☐ ない ☐ 時々ある ☐ ある 夜間不眠、昼夜逆転が ☐ ない ☐ 時々ある ☐ ある 暴言・暴行が ☐ ない ☐ 時々ある ☐ ある 同じ話、不快な音、大きな声を出すことが ☐ ない ☐ 時々ある ☐ ある 異食が ☐ ない ☐ 時々ある ☐ ある 目的もなく動き回ることが ☐ ない ☐ 時々ある ☐ ある 介護に抵抗することが ☐ ない ☐ 時々ある ☐ ある ※異性による介護に強い拒否が ☐ ない ☐ 時々ある ☐ ある (男女の介護職員がいるため)	
身長 c m 体重 k g	

親和園 利用料金確認書

★特定施設 入居時の月額利用料金 (階層 1 の場合)

利用料

事務費	生活費	管理費	特定介護サービス費
10,200 円	45,030 円	20,000 円	介護度に準ずる。 (下記参照)
電話代	電気代	水道代	管理一時金
1,000 円 (基本料金) 1,139 円 (使用料平均値)	使用分 4,394 円 (平均値)	1,400 円 (定額)	1 人 200 万円 2 人 350 万円

- 冬季加算→暖房費として 11 月～翌年 3 月まで、月額 1,960 円加算。
- * 管理一時金については、事情により分割にする事が出来ます。
- * 電話代・電気代は、入居者様の平均値を算出したものです。

特定介護サービス費 (自己負担) について (要介護 1・1 割負担の場合)

費用名	特定介護サービス費	介護職員 処遇改善加算	サービス提供 体制強化加算	特定処遇 改善加算
1 ヶ月 (31 日分)	16,678 円 (1 日 538 円)	1,411 円	186 円 (1 日 6 円)	206 円
口腔衛生管理 体制加算	夜間看護 体制加算	介護職員ベース アップ等支援加算		合計
30 円 (1 カ月 30 円)	310 円 (1 日 10 円)	258 円		19,079 円

- * 介護職員処遇改善加算については、特定介護サービス費・サービス提供体制強化加算・口腔衛生管理体制加算・夜間看護体制加算を加算した金額の 8.2%です。
 - * 特定処遇改善加算については、特定介護サービス費・サービス提供体制強化加算・口腔衛生管理体制加算・夜間看護体制加算を加算した金額の 1.2%です。
 - * 介護職員ベースアップ等支援加算については、特定介護サービス費・サービス提供体制強化加算・口腔衛生管理体制加算・夜間看護体制加算を加算した金額の 1.5%です。
- よって特定介護サービス費は、合計 19,079 円となります。
- 尚、加算率及び特定介護サービス費は介護保険改正により変動する事が有ります。
- 又、介護保険自己負担割合に付いては 2 割、3 割負担の場合もあります。
- * 利用料金とは他に、御本人様が使用する生活用品・オムツ (身体状況による) 等を御用意頂きます。

上記利用料及び特定介護サービス費の自己負担は、管理一時金 (分割時) 事務費・生活費・管理費・特定介護サービス費 (生活保護受給者は不要)・電話代電気代・水道代で算出すると合計約 111,000 円となります。

★ケアハウス 入居時の月額利用料金 (階層 1 の場合)

利用料

事務費	生活費	管理費	管理一時金
10,200 円	45,030 円	20,000 円	1 人 200 万円 2 人 350 万円
電話代	電気代	水道代	
1,000 円 (基本料金) 1,139 円 (使用料平均値)	使用分 4,394 円 (平均値)	1,400 円 (定額)	

- 冬季加算→暖房費として 11 月～翌年 3 月まで、1,960 円加算。
- * 管理一時金については、事情により分割にする事が出来ます。
- * 電話代・電気代は、入居者様の平均値を算出したものです。
- * 利用料金とは他に、御本人様が使用する生活用品・家電・オムツ (身体状況による) 等を御用意頂きます。
- * 介護保険によるヘルパー・デイサービス利用に付いても利用者様に負担して頂きます。

月額を想定すると、管理一時金 (分割時)・事務費・生活費・管理費
電話代・電気代・水道代を上記表から算出すると合計約 93,000 円となります。

上記説明を受け承諾致します。 令和 年 月 日

利用者様 印

保証人様 印