

介護老人保健施設 フォーシーズン南34条  
入居申込のご案内

1. 入居申込み受付

- (1) 受付期間：随時受付しております。
- (2) 受付時間：午前9時00分～午後5時00分（土曜・日曜を除く）
- (3) 申込方法：入居申込みに関する必要書類をご用意の上、下記の提出先まで  
ご郵送またはご持参によりお申込みください。

2. 入居対象者

介護保険の要介護認定を受けており、判定が要介護1～5の方で、病状が安定されている方。

3. 入居申込みに関する必要書類

- (1) 入居申込書
- (2) 介護保険被保険者証の写し
- (3) 介護保険負担割合証の写し
- (4) 介護保険負担限度額認定証の写し  
※世帯収入により、居住費・食費が減免される証明書です。
- (5) 診療情報提供書等の各種情報書  
※入院中の病院やかかりつけ医、担当のケアマネジャーへご相談下さい。

— 申込書提出・お問合せ先 —

介護老人保健施設 フォーシーズン南34条

札幌市南区南34条西10丁目3-35

TEL (011) 581-1200 FAX (011) 581-1201

# 介護老人保健施設 フォーシーズン南34条

## 申込後の流れ

### 1. 申込書・必要書類の提出

- ・ 申込書及び必要書類をご用意の上、郵送またはご持参ください。
- ・ 申込書等に不備がある場合は、こちらから連絡することがあります。

### 2. 調査

- ・ 事前に電話連絡の上、担当職員が訪問調査に伺います。
- ・ 担当されているケアマネジャーや、関係職員より情報をいただく場合があります。

### 3. 入居判定会議

- ・ 施設において入居の可否を検討・決定します。
- ・ 状況により追加の資料をお願いする場合があります。
- ・ 病状などにより入居いただけない場合もあります。

### 4. 結果の通知

- ・ 入居判定の結果は随時ご連絡いたします。
- ・ 今回入居とならなかった方については、入居待機者として名簿に登録をさせていただきますので、再度のお申し込みは不要です。

(1割負担の場合)

フォーシーズン南34条 入居ご利用料金の目安 (単位: 円)

平成30年4月1日現在

加算型

第1段階の方		世帯全員が市民税非課税で、老齢福祉年金を受給されている方					
	日額	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	
① 介護保険 1割負担	施設サービス費	788	834	897	951	1,002	
	加算 (※1)	夜勤職員配置加算	25	25	25	25	25
		短期集中リハビリテーション加算	244	244	244	244	244
		初期加算	31	31	31	31	31
		栄養マネジメント加算	15	15	15	15	15
		在宅復帰・在宅療養支援機能加算I	35	35	35	35	35
		サービス提供体制強化加算I	19	19	19	19	19
		介護職員処遇改善加算	45	46	49	51	53
		①小計(※2)	1,202	1,249	1,315	1,371	1,424
	② 負担外	居住費	820	820	820	820	820
食費		300	300	300	300	300	
②小計(※3)		1,120	1,120	1,120	1,120	1,120	
③合計(①+②)	2,322	2,369	2,435	2,491	2,544		
月額(③×30日の場合)	69,660	71,070	73,050	74,730	76,320		
高額介護サービス費を適用した額(※4)	¥48,600						

第2段階の方		世帯全員が市民税非課税で、前年の公的年金収入と合計所得金額の合計が80万円以下の方					
	日額	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	
① 介護保険 1割負担	施設サービス費	788	834	897	951	1,002	
	加算 (※1)	夜勤職員配置加算	25	25	25	25	25
		短期集中リハビリテーション加算	244	244	244	244	244
		初期加算	31	31	31	31	31
		栄養マネジメント加算	15	15	15	15	15
		在宅復帰・在宅療養支援機能加算I	35	35	35	35	35
		サービス提供体制強化加算I	19	19	19	19	19
		介護職員処遇改善加算	45	46	49	51	53
		①小計(※2)	1,202	1,249	1,315	1,371	1,424
	② 負担外	居住費	820	820	820	820	820
食費		390	390	390	390	390	
②小計(※3)		1,210	1,210	1,210	1,210	1,210	
③合計(①+②)	2,412	2,459	2,525	2,581	2,634		
月額(③×30日の場合)	72,360	73,770	75,750	77,430	79,020		
高額介護サービス費を適用した額(※4)	¥51,300						

第3段階の方		世帯全員が市民税非課税で、第1、第2段階以外の方					
	日額	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	
① 介護保険 1割負担	施設サービス費	788	834	897	951	1,002	
	加算 (※1)	夜勤職員配置加算	25	25	25	25	25
		短期集中リハビリテーション加算	244	244	244	244	244
		初期加算	31	31	31	31	31
		栄養マネジメント加算	15	15	15	15	15
		在宅復帰・在宅療養支援機能加算I	35	35	35	35	35
		サービス提供体制強化加算I	19	19	19	19	19
		介護職員処遇改善加算	45	46	49	51	53
		①小計(※2)	1,202	1,249	1,315	1,371	1,424
	② 負担外	居住費	1,310	1,310	1,310	1,310	1,310
食費		650	650	650	650	650	
②小計(※3)		1,960	1,960	1,960	1,960	1,960	
③合計(①+②)	3,162	3,209	3,275	3,331	3,384		
月額(③×30日の場合)	94,860	96,270	98,250	99,930	101,520		
高額介護サービス費を適用した額(※4)	¥83,400						

第4段階の方		市民税課税世帯の方					
	日額	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	
① 介護保険 1割負担	施設サービス費	788	834	897	951	1,002	
	加算 (※1)	夜勤職員配置加算	25	25	25	25	25
		短期集中リハビリテーション加算	244	244	244	244	244
		初期加算	31	31	31	31	31
		栄養マネジメント加算	15	15	15	15	15
		在宅復帰・在宅療養支援機能加算I	35	35	35	35	35
		サービス提供体制強化加算I	19	19	19	19	19
		介護職員処遇改善加算	45	46	49	51	53
		①小計(※2)	1,202	1,249	1,315	1,371	1,424
	② 負担外	居住費	1,970	1,970	1,970	1,970	1,970
食費		1,380	1,380	1,380	1,380	1,380	
②小計(※3)		3,350	3,350	3,350	3,350	3,350	
③合計(①+②)	4,552	4,599	4,665	4,721	4,774		
月額(③×30日の場合)	136,560	137,970	139,950	141,630	143,220		
高額介護サービス費を適用した額(※4)	(対象外)						

※1 加算は一般的な項目を算定しました。サービスのご利用状況により変動がございます。

※3 この他、ご希望によりタオル等の日用品費及び教養娯楽費等の負担金がございます。

※2 介護報酬が改定された場合、料金に変更になることがあります。

※4 当月の日数により変動がございます。

# 利用料のご案内

(単位：円)

(施設サービス)

平成30年4月1日現在

ユニット型介護保健施設サービス費 (I) (1日につき)		負担金	加算項目	負担金	
保険 適用 料金	〈ユニット型個室〉 〔従来型〕 (i)	要介護1	788	退所前連携加算 (1回限り) 訪問看護指示加算 (1回限り)	507 305
		要介護2	834	栄養マネジメント加算 (1日につき) 低栄養リスク改善加算	15 305
		要介護3	897	経口移行加算 (1日につき) 経口維持加算 (I) (1月につき) (著しい摂食機能障害を有し、誤嚥が認められる方)	29 406
		要介護4	951	経口維持加算 (II) (1月につき) (摂食機能障害を有し、誤嚥が認められる方) 口腔衛生管理体制加算 (1月につき)	102 31
		要介護5	1,002	口腔衛生管理加算 (1月につき) 療養食加算 (1食につき)	92 6
	加算項目	夜勤職員配置加算 (1日につき)	25	かかりつけ医連携薬剤調整加算	127
	短期集中リハビリテーション実施加算 (1日につき)	244	在宅復帰・在宅療養支援機能加算 I (1日につき)	35	
	外泊時費用 (1日につき)	367	緊急時治療管理 (月に3日を限度)	519	
	ターミナルケア加算 (1) (死亡日以前4日以上30日以下)	163	特定治療 (厚生労働大臣が定める処置・手術等)	医科点数	
	ターミナルケア加算 (2) (死亡日前日及び前々日)	832	所定疾患施設療養費 I (1日につき)	239	
	ターミナルケア加算 (3) (死亡日)	1,674	所定疾患施設療養費 II (1日につき)	482	
	初期加算 (1日につき・入居日から30日以内)	31	褥瘡マネジメント加算	11	
	再入所時栄養連携加算	406	排せつ支援加算	102	
	入所前後訪問指導加算 (I) (1回限り)	457	サービス提供体制強化加算 (I) イ 介護福祉士60%以上	19	
	入所前後訪問指導加算 (II) (1回限り)	487	介護職員処遇改善加算 I	合計単位数の1000分の 39に相当する単位数	
	試行的退所時指導加算 (1回限り)	406			
	退所時情報提供加算 (1回限り)	507			

※金額は1割分を端数処理して表示しています。そのため料金計算の際に誤差の生じる場合があることをご了承ください。

※介護報酬の改定により料金が変わる場合がございます。

保険 外 料金	項目		料金 (1日につき)	項目		料金 (1日につき)
	居住費	第1段階 世帯全員が市町村民税非課税で老齢福祉年金を受給している方	820	食費	第1段階 世帯全員が市町村民税非課税で老齢福祉年金を受給している方	300
	第2段階 世帯全員が市町村民税非課税で所得金額と課税年金収入額の合計が年80万円以下の方	820	第2段階 世帯全員が市町村民税非課税で所得金額と課税年金収入額の合計が年80万円以下の方		390	
	第3段階 世帯全員が市町村民税非課税で利用者負担段階が1・2以外の方	1,310	第3段階 世帯全員が市町村民税非課税で利用者負担段階が1・2以外の方		650	
	第4段階 上記以外の方	1,970	第4段階 上記以外の方		1,380	

※居住費・食費は区分に応じてご負担いただきます。

その 他 の 料 金	項目	料金	項目	料金
	日常生活費 (1日につき) (フェイスタオル・おしぼり・歯磨き粉)	200	持ち込み電化製品の電気代 (1点につき1日)	30
	入浴品費 (1回につき) (バスタオル・入浴タオル・シャンプー・ボディソープ)	150	健康管理費 (ワクチン等)	実費
	教養娯楽費	実費	特別な食事	実費
	趣味活動講師料	実費	追加食	実費
	私物クリーニング	実費	ご家族の食事代 (1食)	600
	理美容料金	実費	ご家族宿泊料 (1泊)	1,000
	私物保管ロッカー使用料 (1日につき)	10	診断書	3,000
	パジャマレンタル料 (1日につき)	90	死亡診断書	5,000
	テレビレンタル料 (1日につき)	120	各種証明書	3,000
冷蔵庫レンタル料 (1日につき)	120	領収書再発行	1,000	

# 利用料のご案内

(単位：円)

(短期入所療養介護)

平成30年4月1日現在

保険適用料金	ユニット型介護老人保健施設 短期入所療養介護費 (I) (1日につき)		負担金	加算項目	負担金
	「ユニット型個室」 「従来型」 (i)	要介護 1	844	緊急短期入所受入加算 (1日につき・利用開始日から7日間) 重度療養管理加算 (1日につき)	92 122
		要介護 2	890	送迎加算 (片道) 療養食加算※糖尿病食・腎臓病食等 (1食につき)	187 9
		要介護 3	953	緊急時治療管理 (1月につき1日限り) 特定治療 (厚生労働大臣が定める処置・手術等)	519 医科点数
		要介護 4	1,006	サービス提供体制強化加算 (I) イ 介護福祉士60%以上 (1日につき) 介護職員処遇改善加算	19 合計単位数の1000分の39 に相当する単位数
		要介護 5	1,058	在宅復帰・在宅療養支援機能加算 I (1日につき)	35
	加算項目	夜勤職員配置加算 (1日につき) 個別リハビリテーション実施加算 (1日につき)	25 244		

※金額は1割分を端数処理して表示しています。そのため料金計算の際に誤差の生じる場合があることをご了承ください。

保険外料金	項目		料金 (1日につき)	項目		料金 (1日につき)		
	居住費	第1段階	世帯全員が市町村民税非課税で老齢福祉年金を受給している方	820	食費	第1段階	世帯全員が市町村民税非課税で老齢福祉年金を受給している方	300
		第2段階	世帯全員が市町村民税非課税で所得金額と課税年金収入額の合計が年80万円以下の方	820		第2段階	世帯全員が市町村民税非課税で所得金額と課税年金収入額の合計が年80万円以下の方	390
		第3段階	世帯全員が市町村民税非課税で利用者負担段階が1・2以外の方	1,310		第3段階	世帯全員が市町村民税非課税で利用者負担段階が1・2以外の方	650
		第4段階	上記以外の方	1,970		第4段階	上記以外の方	1,380

※滞在費・食費は区分に応じてご負担いただけます。

※ 朝食 380円 昼食 510円 夕食 490円

その他の料金	項目	料金	項目	料金
	日常生活品費 (1日につき) (フェイスタオル・おしぼり・歯磨き粉)	200	持ち込み電化製品の電気代 (1点につき1日)	30
	入浴品費 (1回につき) (バスタオル・入浴タオル・シャンプー・リンス・ボディソープ)	150	健康管理費 (ワクチン等)	実費
	教養娯楽費	実費	特別な食事	実費
	趣味活動講師料	実費	追加食	実費
	私物クリーニング	実費	ご家族の食事代 (1食)	600
	理美容料金	実費	ご家族宿泊料 (1泊)	1,000
	私物保管ロッカー使用料 (1日につき)	10	診断書	3,000
	パジャマレンタル料 (1日につき)	90	死亡診断書	5,000
	テレビレンタル料 (1日につき)	120	各種証明書	3,000
冷蔵庫レンタル料 (1日につき)	120	領収書再発行	1,000	

介護老人保健施設 フォーシーズン 南34条

## 利用料のご案内

(単位：円)

(通所リハビリテーション)

平成30年4月1日現在

区分	負担金（1日につき：◎を除く）						加算項目	負担金 (1日につき：◎を除く)		
	1時間以上 2時間未満	2時間以上 3時間未満	3時間以上 4時間未満	4時間以上 5時間未満	5時間以上 6時間未満	6時間以上 7時間未満				
リハビリテーション 通常規模型 費用	要介護1	335	349	452	517	586	679	短期集中個別リハビリテーション実施加算	112	
	要介護2	364	405	529	606	700	811	事業所が送迎を行わない場合（片道）	(48)	
	要介護3	395	463	607	693	813	940	生活行為向上リハビリテーション 実施加算 (1月につき)	開始月から6月以内 ◎	2,034
	要介護4	424	519	705	805	946	1,095		開始月から6月超 ◎	1,017
	要介護5	456	576	803	916	1,078	1,246	生活行為向上リハビリテーション実施を継続した場合	15/100	
加算項目	延長加算 (8時間を越えるとき)	8時間以上9時間未満			51		口腔機能向上加算 (月2回まで)	153		
		9時間以上10時間未満			102		重度療養加算	102		
	入浴介助加算 (1日につき)	51						介護職員処遇改善加算	合計単位数の1000分の47 に相当する単位数	
	リハビリテーションマネジメント加算 (1月につき) (I) ◎	336						サービス提供体制強化加算 (I) イ 介護福祉士50%以上	19	
	リハビリテーションマネジメント加算 (1月につき) (II) ◎	開始日から6月以内 (1月)			865					
	開始日から6月超 (1月)			539						

※金額は1割分を端数処理して表示しています。そのため料金計算の際に誤差の生じる場合があることをご了承ください。

項目	料金	内容
食費(おやつ含む)	600	当日9:00以降にキャンセルの場合は食費の全額を請求させていただきます
特別な食事	実費	
入浴品費 (1回につき) (バスタオル・入浴タオル・シャンプー・リンス・ボディソープ)	150	1回につき
教養娯楽費	実費	
趣味活動講師料	実費	
おむつ代 (ケアパット)	45	1枚につき
おむつ代 (紙おむつS)	70	1枚につき
おむつ代 (紙おむつM)	130	1枚につき
おむつ代 (紙おむつL)	190	1枚につき
おむつ代 (紙おむつLL)	210	1枚につき
おむつ代 (はくパンツ)	210	1枚につき

# 契約時・入居時に必要な持ち物

1. 事務手続きに必要なもの		
契約時	<input type="checkbox"/> ご印鑑	契約者、身元保証人それぞれのご印鑑が必要です。なお、銀行口座振替を申込される方は銀行印も持参ください。
	<input type="checkbox"/> 銀行口座がわかるもの	口座振替を申込の方。（北海道銀行、北洋銀行、北陸銀行、青森銀行、みちのく銀行、ゆうちょ銀行他道内信用金庫）
2. 入居中に必要なもの		
衣類・履物  ※衣類・下着類は交換用として 6～7着程度（パジャマは必要に応じて2～3着）	<input type="checkbox"/> 日常着	特に指定はございません。（更衣に介助が必要な方はできるだけフィット感の少ないものをご持参願います）
	<input type="checkbox"/> 下着・肌着	パンツ、シャツ、ももしき 等
	<input type="checkbox"/> 靴下	できるだけ黒色以外のものをご用意願います。（名前が確認できないため）
	<input type="checkbox"/> パジャマ	就寝時にパジャマやスウェット等を使用している方はご持参ください。
	<input type="checkbox"/> 上靴	マジックテープ式等、できるだけ脱ぎ履きしやすいもの。なお、スリッパは滑りやすいのでご遠慮願います。
洗面周り	<input type="checkbox"/> 歯ブラシ	2本（1カ月毎に交換します）
	<input type="checkbox"/> うがい用コップ	個人用
	<input type="checkbox"/> 義歯・義歯ケース	（使用している方のみ）
	<input type="checkbox"/> 電動髭剃り	（男性の方）
	<input type="checkbox"/> その他整容品	化粧品、ブラシ等、お部屋で使用する方はご持参ください。
居室の日用品類	<input type="checkbox"/> BOXティッシュ	個人用
	<input type="checkbox"/> 飲み物用コップ	ご本人の使いやすいもの（できるだけ破損しにくく、電子レンジ対応のもの）
	<input type="checkbox"/> ごみ箱	入所利用の方のみ（ショートステイの方は不要です）
その他	<input type="checkbox"/> エプロン	食べこぼしがある方はご用意願います。
	<input type="checkbox"/> タオルケット・毛布等	必要な方のみ。寝具（ベットマット、シーツ、掛布団）は備え付けております。
	<input type="checkbox"/> 嗜好品	個人の嗜好である飲み物（コーヒーや紅茶など）菓子 等
	<input type="checkbox"/> お薬	内服薬、外用薬全てご持参ください。（ショートステイの場合はご利用日数分）
	<input type="checkbox"/> 医療保険証（写し）	入居中、他医療機関へ受診する際に必要となります。

※紛失や取り間違い防止のため、**持参品にはお名前の記入**をお願いいたします。

※オムツ類は施設品の用意がありますのでご持参は不要です。

※個人の電化製品は有料にてお持ち込みいただけます。（電気代 1点 30円/日）

※その他、入居中に個別に必要となるようなものがある場合は随時ご相談させていただきます。

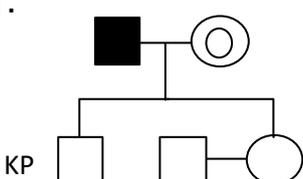
※以下の物をご持参をお控え頂きますようお願いいたします。

（電気毛布 電気あんか ホッカイロ 刃物類 **必要以上の現金や高価な貴重品等**）

## フォーシーズン南34条 入居申込書

ご希望される方	ふりがな			性別
	氏名			男 ・ 女
	生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日 ( 歳)		
	住所	(〒 - )		
電話	( ) - -	携帯電話等		
お申込者様	ふりがな		続柄	※郵便物などはこちらに送付します
	氏名			
	住所	(〒 - )		
	電話	( ) - -	携帯電話等	
希望する入居時期	<input type="checkbox"/> すぐに <input type="checkbox"/> 平成 年 月 頃までに <input type="checkbox"/> 特になし			
現在の状況	<input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 入院・入居中(病院・施設名: ) 退院(退所)予定日:平成 年 月 日 頃			
収入状況	年金/ <input type="checkbox"/> 老齢 <input type="checkbox"/> 国民 <input type="checkbox"/> 厚生 <input type="checkbox"/> 共済 <input type="checkbox"/> 遺族 月額 円 <input type="checkbox"/> その他( ) 月額 円			
所得段階(減額認定証の有無)	<input type="checkbox"/> 第1段階 <input type="checkbox"/> 第2段階 <input type="checkbox"/> 第3段階 <input type="checkbox"/> 第4段階 <input type="checkbox"/> わからない			
保険	<input type="checkbox"/> 国民(本人・家族) <input type="checkbox"/> 政府(本人・家族) <input type="checkbox"/> 共済(本人・家族) <input type="checkbox"/> 後期高齢者 <input type="checkbox"/> 組合(本人・家族) <input type="checkbox"/> その他( )			
公費	<input type="checkbox"/> 重度身体障害者医療 <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳( 種 級) <input type="checkbox"/> 生活保護 <input type="checkbox"/> 特定疾患( ) <input type="checkbox"/> 該当なし			
介護保険	要介護度:要介護( 1・2・3・4・5 )・未申請・申請中・区分変更中 要介護認定期間:平成 年 月 日～平成 年 月 日 要介護認定日:平成 年 月 日 被保険者番号:			
現在利用のサービス	例)通所リハビリテーション 週2回、短期入居 月3日 等			
医療状況	<input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> インシュリン注射 <input type="checkbox"/> その他 <b>【現在治療中の病気・特記事項など】</b>			
感染症	無 ・ 有 ( )			

記載日 平成 年 月 日 受付日時 年 月 日 No.

主たる介護者様	ふりがな		性別	男・女	年齢	続柄
	氏名				歳	
	同居区分	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居(住所と電話番号) ( )				
	介護者様	介護上困っていること				
介護者様の状況	介護者の有無	<input type="checkbox"/> 介護者は一人のみ <input type="checkbox"/> 主介護者以外に協力者あり <input type="checkbox"/> 介護者はいない				
	介護者の健康	<input type="checkbox"/> 健康 <input type="checkbox"/> 健康に不安を抱えている <input type="checkbox"/> 介護者自身が要介護者である				
	介護可能時間	<input type="checkbox"/> 十分に介護の時間がある <input type="checkbox"/> 一部不在になる時間がある <input type="checkbox"/> 殆ど時間がとれない				
	要介護者との関係	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 介護は行っているが疲労度が強い <input type="checkbox"/> 最低限の関わりのみ				
お申込者様以外の様連・紹介者様	氏名	続柄	住所			
			電話( ) -			
	氏名	続柄	住所			
			電話( ) -			
	氏名	続柄	住所			
			電話( ) -			
利用希望者様の家族構成	例：  <p>男性:□ 女性:○ 本人の所には記号の中に更に ○ を死亡の場合は 黒く塗りつぶしてください。                  主介護者の所には記号の横に KP とお書き下さい。</p>					
紹介居宅介護支援事業所 または入院・入居中の施設			ご担当者名			

## フォーシーズン南34条 入居申込書

ご希望される方	ふりがな	もいわした たろう		性別	
	氏名	藻岩下 太郎		<input checked="" type="radio"/> 男 ・ 女	
	生年月日	明治・大正・昭和 <input checked="" type="radio"/> 15 年 1 月 1 日 ( 77 歳)			
	住所	(〒 005 - 0034 ) 札幌市南区南34条西10丁目454-168			
電話	(011)-581-1200	携帯電話等			
お申込者様	ふりがな	もいわした はなこ	続柄	※郵便物などはこちらに送付します	
	氏名	藻岩下 花子	妻		
	住所	(〒 005 - 0034 ) 札幌市南区南34条西10丁目454-168			
	電話	(011)-581-1200	携帯電話等	080-8888-8888	
希望する入居時期	<input type="checkbox"/> すぐに <input checked="" type="checkbox"/> 平成 29 年 11 月 頃までに <input type="checkbox"/> 特になし				
現在の状況	<input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 同居 <input checked="" type="checkbox"/> 入院・入居中(病院・施設名: 北海道札幌病院 ) 退院(退所)予定日:平成 29 年 10 月 末日 頃				
収入状況	年金/ <input type="checkbox"/> 老齢 <input type="checkbox"/> 国民 <input checked="" type="checkbox"/> 厚生 <input type="checkbox"/> 共済 <input type="checkbox"/> 遺族 月額 250,000 円 <input type="checkbox"/> その他( ) 月額 円				
所得段階(減額認定証の有無)	<input type="checkbox"/> 第1段階 <input type="checkbox"/> 第2段階 <input type="checkbox"/> 第3段階 <input checked="" type="checkbox"/> 第4段階 <input type="checkbox"/> わからない				
保険	<input type="checkbox"/> 国民(本人・家族) <input type="checkbox"/> 政府(本人・家族) <input type="checkbox"/> 共済(本人・家族) <input type="checkbox"/> 後期高齢者 <input checked="" type="checkbox"/> 組合(本人・家族) <input type="checkbox"/> その他( )				
公費	<input type="checkbox"/> 重度身体障害者医療 <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳( 種 級) <input type="checkbox"/> 生活保護 <input type="checkbox"/> 特定疾患( ) <input checked="" type="checkbox"/> 該当なし				
介護保険	要介護度:要介護( 1・2・ <input checked="" type="radio"/> 3・4・5 )・未申請・申請中・区分変更中 要介護認定期間 :平成 28 年 4 月 1 日 ~ 平成 30 年 3 月 31 日 要介護認定日:平成 27 年 4 月 1 日 被保険者番号:1234567890				
現在利用のサービス	例)通所リハビリテーション 週2回、短期入居 月3日 等 現在は入院中のため利用していないが、入院前は訪問介護を週3回利用。定期的にショートステイを月3日位。				
医療状況	<input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> インシュリン注射 <input type="checkbox"/> その他 【現在治療中の病気・特記事項など】 糖尿病の治療を受けている。インシュリンは自己注射だが最近 は忘れる事も多くなってきた。				
感染症	<input checked="" type="radio"/> 無 <input type="radio"/> 有 ( )				

記載日

平成 29 年 6 月 1 日

受付日時

年 月 日

No.

主たる介護者様	ふりがな	もいわした はなこ		性別	男 <input checked="" type="radio"/> 女 <input type="radio"/>	年齢	続柄
	氏名	藻岩下 花子				75 歳	妻
	同居区分	<input checked="" type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居(住所と電話番号) ( )					
	介護者上困っていること	<ul style="list-style-type: none"> <li>・普通に歩くことは出来るが、少しの段差につまずいて転ぶことが多い。</li> <li>・失禁することが多くなってきたが本人はオムツを拒否する。</li> <li>・物忘れが多くなってきており、インシュリン注射を忘れることがある。</li> </ul>					
介護者様の状況	介護者の有無	<input checked="" type="checkbox"/> 介護者は一人のみ <input type="checkbox"/> 主介護者以外に協力者あり <input type="checkbox"/> 介護者はいない					
	介護者の健康	<input type="checkbox"/> 健康 <input checked="" type="checkbox"/> 健康に不安を抱えている <input type="checkbox"/> 介護者自身が要介護者である					
	介護可能時間	<input type="checkbox"/> 十分に介護の時間がある <input checked="" type="checkbox"/> 一部不在になる時間がある <input type="checkbox"/> 殆ど時間がとれない					
	要介護者との関係	<input checked="" type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 介護は行っているが疲労度が強い <input type="checkbox"/> 最低限の関わりのみ					
お申込者様 以外の様 連・介 護者様	氏名	続柄	住所				
	藻岩下 次郎	弟	札幌市南区真駒内南町4丁目100-100 電話(011)555-5555				
	氏名	続柄	住所				
			電話( ) -				
	氏名	続柄	住所				
			電話( ) -				
利用希望者様の家族構成	<p>例:</p> <p>男性:□ 女性:○ 本人の所には記号の中に更に○を死亡の場合は黒く塗りつぶしてください。 主介護者の所には記号の横に KP とお書き下さい。</p>						
紹介居宅介護支援事業所 または入院・入居中の施設	ケアプランセンター○○○		ご担当者名	毛亜 麻根子			