

# 介護老人保健施設 フォーシーズン真駒内 入所申込のご案内

## 1. 入所申込み受付

- (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：入所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. 入所対象者

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. 入所申込みに関する必要書類

- (1) 入所申込書
- (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（※該当者のみ）

※世帯収入により、居住費・食費が減免される証明書です。証明書の発行には、お住いの区役所保健福祉課での申請が必要です。

- (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 フォーシーズン真駒内

札幌市南区真駒内南町4丁目3-3

TEL (011) 588-1200 FAX (011) 582-1500

# 介護老人保健施設 フォーシーズン真駒内

## 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、施設あてに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. ご本人確認・ご家族面談

- ・事前に電話連絡の上、担当職員がご本人確認に伺います。
- ・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。
- ・この時点でご家族とお会いしていない場合は、別途、ご家族面談を行います。

### 3. 入所判定会議

- ・施設において入所の可否を検討・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。
- ・病状などにより入所いただけない場合もあります。

### 4. 結果の通知

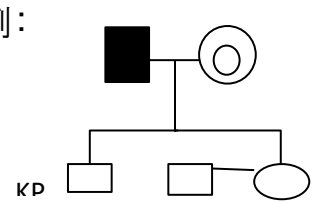
- ・入所判定の結果は随時ご連絡いたします。
- ・今回入所とならなかった方については、入所待機者として名簿に登録をさせていただきますので、再度のお申し込みは不要です。

※上記はご本人の状況やケースにより順番が前後する場合があります。

## フォーシーズン真駒内 入所申込書

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	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		
ご本人の状況	希望する入居時期	<input type="checkbox"/> すぐに <input type="checkbox"/> 令和 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: 令和 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			
	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: 令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日 要介護認定日: 令和 年 月 日    被保険者番号:			
	現在利用のサービス	<i>例) 通所リハビリテーション 週2回、短期入居 月3日 等</i>			
	利用の目的(複数選択可)	<input type="checkbox"/> リハビリ <input type="checkbox"/> 家族負担軽減 <input type="checkbox"/> 他施設入居の待機			
	利用後の方向性(複数選択可)	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 家族宅 <input type="checkbox"/> 高齢者住宅・グループホーム等 <input type="checkbox"/> 特養 <input type="checkbox"/> 相談しながら			
	他施設の申込	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	申込済の施設等		
			申込予定の施設等		
	医療状況	<input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> インシュリン注射 <input type="checkbox"/> 喀痰吸引 <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 令和 年 月 日

主たる介護者	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・連絡先 主たる介護者外の	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： 					
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。						
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			

# 利用料金早見表

1 割負担

【強化型】

令和8年6月改定

介護度	居室種別		非課税世帯				課税世帯	
			1段階	2段階	3段階		4段階	
					①	②		
要介護1	2階 一般棟	4人部屋	日額	1,690	2,210	2,470	3,180	3,557
			×30日	50,697	66,297	74,097	95,397	106,707
	特別個室	日額	-	2,539	3,619	4,329	5,057	
		×30日	-	76,183	108,583	129,883	151,723	
3階 認知症専門棟(個室)		日額	-	2,322	3,402	4,112	4,840	
		×30日	-	69,668	102,068	123,368	145,208	
要介護2	2階 一般棟	4人部屋	日額	1,773	2,293	2,553	3,263	3,640
			×30日	53,183	68,783	76,583	97,883	109,193
	特別個室	日額	-	2,621	3,701	4,411	5,139	
		×30日	-	78,636	111,036	132,336	154,176	
3階 認知症専門棟(個室)		日額	-	2,404	3,484	4,194	4,922	
		×30日	-	72,121	104,521	125,821	147,661	
要介護3	2階 一般棟	4人部屋	日額	1,846	2,366	2,626	3,336	3,713
			×30日	55,374	70,974	78,774	100,074	111,384
	特別個室	日額	-	2,692	3,772	4,482	5,210	
		×30日	-	80,761	113,161	134,461	156,301	
3階 認知症専門棟(個室)		日額	-	2,475	3,555	4,265	4,993	
		×30日	-	74,247	106,647	127,947	149,787	
要介護4	2階 一般棟	4人部屋	日額	1,909	2,429	2,689	3,399	3,776
			×30日	57,270	72,870	80,670	101,970	113,280
	特別個室	日額	-	2,754	3,834	4,544	5,272	
		×30日	-	82,625	115,025	136,325	158,165	
3階 認知症専門棟(個室)		日額	-	2,537	3,617	4,327	5,055	
		×30日	-	76,111	108,511	129,811	151,651	
要介護5	2階 一般棟	4人部屋	日額	1,967	2,487	2,747	3,457	3,834
			×30日	59,003	74,603	82,403	103,703	115,013
	特別個室	日額	-	2,814	3,894	4,604	5,332	
		×30日	-	84,424	116,824	138,124	159,964	
3階 認知症専門棟(個室)		日額	-	2,597	3,677	4,387	5,115	
		×30日	-	77,909	110,309	131,609	153,449	

※上記の金額は居住費、食費、日用品他、主な加算等を含めた概算金額(目安)です。

※高額介護サービス費還付制度の申請により、サービス費の一部が還付される場合があります。

※業者クリーニング代、理美容代、レンタル品の料金は含まれておりません。

※2階特別個室には特別室料(9,000円/月)が含まれております。

# 利用料金早見表（2割・3割負担）

【強化型】

令和8年6月改定

介護度	居室種別		課税世帯		
			2割負担	3割負担	
要介護1	2階 一般棟	4人部屋	日額 ×30日	4,827 144,804	6,097 182,902
		特別個室	日額 ×30日	6,237 187,106	7,416 222,489
	3階 認知症専門棟(個室)		日額 ×30日	6,103 183,077	7,365 220,945
要介護2	2階 一般棟	4人部屋	日額 ×30日	4,993 149,775	6,345 190,358
		特別個室	日額 ×30日	6,400 192,011	7,662 229,847
	3階 認知症専門棟(個室)		日額 ×30日	6,266 187,982	7,610 228,303
要介護3	2階 一般棟	4人部屋	日額 ×30日	5,139 154,157	6,564 196,931
		特別個室	日額 ×30日	6,542 196,262	7,874 236,224
	3階 認知症専門棟(個室)		日額 ×30日	6,408 192,233	7,823 234,680
要介護4	2階 一般棟	4人部屋	日額 ×30日	5,265 157,950	6,754 202,621
		特別個室	日額 ×30日	6,666 199,990	8,061 241,816
	3階 認知症専門棟(個室)		日額 ×30日	6,532 195,961	8,009 240,272
要介護5	2階 一般棟	4人部屋	日額 ×30日	5,381 161,417	6,927 207,820
		特別個室	日額 ×30日	6,786 203,588	8,240 247,211
	3階 認知症専門棟(個室)		日額 ×30日	6,652 199,558	8,189 245,667

※上記の金額は居住費、食費、日用品他、主な加算等を含めた概算金額（目安）です。

※高額介護サービス費還付制度の申請により、サービス費の一部が還付される場合があります。

※業者クリーニング代、理美容代、レンタル品の料金は含まれておりません。

※2階特別個室には特別室料（9,000円/月）が含まれております。 医療法人社団栄会 フォーシーズン真駒内

## その他利用料に関するお申込み書

施設の利用にあたり、担当者より説明を受けた「契約書及び重要事項説明書」に記載の「その他利用料」に関し、下記の通り申し込みます。

項目	品目	日額	申込	備考
日常生活品 (120円/日)	① フェイスタオル	50円	<input type="checkbox"/>	1日2枚
	② 歯磨き粉 入れ歯洗浄剤	20円	<input type="checkbox"/>	無くなり次第補充
	③ おしぼり	50円	<input type="checkbox"/>	1日4本
テレビレンタル (120円/日)	19～21型テレビ	120円	<input type="checkbox"/>	電気代含む
冷蔵庫レンタル (120円/日)	1BOX冷蔵庫	120円	<input type="checkbox"/>	電気代含む
持込電化製品 (30円/日)	大小関わらずコンセントを使用する電化製品 1点につき (電気代)	30円	<input type="checkbox"/>	持込数_____点 ・ ・ ・ ・ ・
業者クリーニング	※別途料金に基づく	実費	<input type="checkbox"/>	
訪問理美容	※別途料金に基づく	実費		<input type="checkbox"/> 本人希望時 <input type="checkbox"/> 家族申し込み時 <input type="checkbox"/> 職員に任せる <input type="checkbox"/> 利用しない
その他教養娯楽等に 係る費用	行事、イベント等での 飲食、販売品等	実費	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 本人の希望により <input type="checkbox"/> 利用しない

※上記の料金は毎月の利用料と合わせてご請求させていただきます。

※新聞購読の代行手続きは致しておりません。ご希望の方は各販売代理店へ直接お申し込み願います。

令和 年 月 日

ご利用者様名 \_\_\_\_\_

身元引受人名 \_\_\_\_\_

(自署により押印省略可)

# ご入所時に必要な持ち物

## 事務手続きに必要なもの（事前にご提出いただいている場合は不要です）

保険証関係	<input type="checkbox"/> 介護保険証	介護保険サービスの利用にあたり、介護保険証記載事項の確認を致します。
①保険証類の原本はご家族様にて管理下さい ②新しい保険証類が届いた際は速やかに提出をお願い致します	<input type="checkbox"/> 介護保険負担割合証	介護保険サービスの負担割合（1割～3割）の確認に使用致します。
	<input type="checkbox"/> 介護保険負担限度額認定証	一定の要件を満たす方は区役所への申請により、居住費、食費が減免となります。
	<input type="checkbox"/> 医療保険証（写し）	入所中、他医療機関へ受診する場合に必要となります。

## 入居中に必要なもの

衣類・履物  ※衣類・下着・靴下類は交換用として7着程度（パジャマは必要に応じて3着程度）	<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	1個（割れにくいプラスチック製のもの）
	<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"/> 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"/> 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）

※紛失や取り間違い防止のため、**衣類を含む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）

（テレビと冷蔵庫はご希望により施設レンタル品もございます（各120円/日）

※以下の物は原則ご持参をお控え頂きますようお願いいたします。

（刃物類 必要以上の現金や高価な貴重品等）