

# 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（※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。

## 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"/> 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: ) <div style="text-align: right;">退院(退所)予定日:令和 年 月 日 頃</div>			
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 :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	例)通所リハビリテーション 週2回、短期入居 月3日 等			
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(申込先の施設:			
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			
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 令和 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				
以外のお申込連絡先・介護者様	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： 					
	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			

(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)

令和3年6月1日現在

在宅強化型

第1段階の方		世帯全員が市民税非課税で、高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割負担	施設サービス費	853	928	992	1,050	1,106	
	加算	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
	①介護保険	(初期加算)	31	31	31	31	31
		※サービス提供体制強化加算I	23	23	23	23	23
		介護職員処遇改善加算	45	48	51	53	55
		特定処遇改善加算	24	26	27	28	30
	①小計(※2)	1,245	1,325	1,393	1,454	1,514	
	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)	2,365	2,445	2,513	2,574	2,634		
月額(③×30日の場合)	70,950	73,350	75,390	77,220	79,020		
高額介護サービス費を適用した額	¥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割負担	施設サービス費	853	928	992	1,050	1,106	
	加算	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
	①介護保険	(初期加算)	31	31	31	31	31
		※サービス提供体制強化加算I	23	23	23	23	23
		介護職員処遇改善加算	45	48	51	53	55
		特定処遇改善加算	24	26	27	28	30
	①小計(※2)	1,221	1,299	1,366	1,426	1,484	
	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)	2,431	2,509	2,576	2,636	2,694		
月額(③×30日の場合)	72,930	75,270	77,280	79,080	80,820		
高額介護サービス費を適用した額	¥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割負担	施設サービス費	853	928	992	1,050	1,106	
	加算	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
	①介護保険	(初期加算)	31	31	31	31	31
		※サービス提供体制強化加算I	23	23	23	23	23
		介護職員処遇改善加算	45	48	51	53	55
		特定処遇改善加算	24	26	27	28	30
	①小計(※2)	1,245	1,325	1,393	1,454	1,514	
	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)	3,205	3,285	3,353	3,414	3,474		
月額(③×30日の場合)	96,150	98,550	100,590	102,420	104,220		
高額介護サービス費を適用した額	¥83,400						

第4段階の方		市民税課税世帯の方又は現預金等の額が一定以上の方					
	日額	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	
1割負担	施設サービス費	853	928	992	1,050	1,106	
	加算	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
	①介護保険	(初期加算)	31	31	31	31	31
		※サービス提供体制強化加算I	23	23	23	23	23
		介護職員処遇改善加算	45	48	51	53	55
		特定処遇改善加算	24	26	27	28	30
	①小計(※2)	1,245	1,325	1,393	1,454	1,514	
	②負担外	居住費	2,006	2,006	2,006	2,006	2,006
		食費	1,630	1,630	1,630	1,630	1,630
②小計(※3)		3,636	3,636	3,636	3,636	3,636	
③合計(①+②)	4,881	4,961	5,029	5,090	5,150		
月額(③×30日の場合)	146,430	148,830	150,870	152,700	154,500		
高額介護サービス費を適用した額	(対象外)						

※1・2 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、ご希望により日用品やテレビ・冷蔵庫等をレンタルされる場合は負担金がございます。

## 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をすると共に、利用料金を支払うことに同意します。

項目	品目	日額	申込	備考
日常生活品 (200円/日)	① フェイスタオル	90円		1日2枚
	② 歯磨き粉 入れ歯洗浄剤	10円		無くなり次第補充
	③ おしぼり	100円		1日4本
入浴品	保湿用ボディローション	40円		入浴は原則、週2回となります。
テレビレンタル (120円/日)	19～21型テレビ	120円		電気代含む
冷蔵庫レンタル (120円/日)	1BOX冷蔵庫	120円		電気代含む
持込電化製品 (30円/日)	コンセントを使用する 電化製品1点につき (扇風機を除く)	30円		電気代
業者クリーニング	※別途料金に基づく	実費		
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
その他教養娯楽等に 係る費用	移動販売、イベント等 での販売品等	実費		月1回、業者が菓子類 や日用品等の販売を行 います。その他、夏祭 りの屋台等、ご本人が 希望するもの。

※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込み願います。

令和 年 月 日

ご利用者様名 \_\_\_\_\_ 印

連帯保証人名 \_\_\_\_\_ 印

# 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"/> 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）
	<input type="checkbox"/> 洗濯物入れ用のカゴ	ご家族様洗濯、業者クリーニングの利用に関わらずご用意願います。
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"/> タオル類	洗顔タオル・バスタオル（レンタルのご用意もあります）
	<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、**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。

（特に**業者クリーニングをご利用の方は、必ず衣類への記名**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。

（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**）