

大東グループホーム 入居申込書

入居申込日 年 月 日

申込者の連絡先	フリガナ	続柄	電話
	氏名	年齢	携帯
	住所 [㊦]		
<input type="checkbox"/> 同居している <input type="checkbox"/> 別居している <input type="checkbox"/> その他			

被保険者番号	要介護認定有効期間 年 月 日 ~ 年 月 日
--------	-------------------------

要介護状態区分 (予防・要介護1・要介護2・要介護3・要介護4・要介護5・申請中)

フリガナ	性別
入居希望者氏名	(男・女)

生年月日 (明治・大正・昭和) 年 月 日 年齢 歳

住所[㊦]

現在の居住状況	自宅・病院()・施設名()
	<input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 夫婦世帯 <input type="checkbox"/> 親族同居 <input type="checkbox"/> その他

入居申し込み理由	() 身寄りがなく介護する者がいないため
	() 介護する者が「遠方に在住」「入院」等でないため
	() 介護する者はいるが「高齢」「障害」「病気」等で十分な介護ができないため
	() 介護する者はいるが「就労」「育児」「他の介護」等で介護にあたる時間を確保できないため
	() 居住環境の事情により十分な介護が困難なため
	() 経済的負担が大きいため
	() 施設や病院などから退院を求められているため

医療の状況	既往・現病歴
	主治医
	病院名
	認知症の診断日 年 月 (病院にて) 周りが気づき始めた頃 年 月
	<input type="checkbox"/> 褥瘡 <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> ハルーンカテーテル <input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> その他

特別養護老人ホームへ申し込みをしておられますか？(施設名・申し込み年月日)

担当ケアマネージャー:	☎
事業所名	

GH職員受付者(施設内案内・料金説明)

申し込み内容に変更がある場合は、ご連絡下さいませ様よろしく申し上げます。入居期間が近付いてまいりましたらご連絡いたします。

大東グループホーム サービスご利用料金表

① 1日あたりのサービス利用料金 令和元年10月1日からの料金です)

要介護度	要支援 2	要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5
利用料金	745	749	784	808	824	840

初期加算	30	(入居日から30日の間加算)
医療連携体制加算 (I)	39	(一日あたりの加算・要支援2含まず)
医療連携体制加算 (III)	59	(一日あたりの加算・要支援2含まず)
入退院支援加算	246	(一日あたりの加算)
サービス提供体制強化加算 (III)	6	(一日あたりの加算)
認知症専門ケア加算 (I)	3	(一日あたりの加算・自立度がIII以上の方)
口腔衛生管理体制加算	30	(月)
栄養スクリーニング加算	5	(回)
介護職員処遇改善加算 (I)	111 / 1000	(所定単位数 × 加算率)
特定処遇改善加算 (II)	23 / 1000	(所定単位数 × 加算率)
看取り介護加算 (死亡日前30日を限度)	1,280 680 144	死亡日 前々日、前日 4日以上30日以下

※ 地域区分の見直し 10.14円/単位

③ 実費負担金

食材料費	朝食	400	円		
	昼食	550	円		
	夕食	550	円		
その他	理髪料	実費			
	おむつ代	実費			
	リネン代	実費			
	居室料	日額	1,500	円	入院時も算定
	共益費	日額	520	円	入院時も算定

ご入居者負担は1割の場合(一定以上の所得のある方は負担が2割・3割です。)

※ 介護保険負担金 (1割) + 実費負担金 105600円/月

※ 31日分の実費負担金は、109120円になります。