

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」等でいないため
	() 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) 周りが気付き始めた頃 年 月
	<input type="checkbox"/> 褥瘡 <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> バルーンカテーテル <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職員受付け(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お願いいたします。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3年4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	748	752	787	811	827	843

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)
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)
栄養管理体制加算	30 (月)
科学的介護推進体制加算	40 (月)
口腔衛生管理体制加算	30 (月)
口腔・栄養スクリーニング加算	20 (6月に1回を限度とする)
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	1,280 死亡日 680 前々日、前日 144 4日以上30日以下 72 31日~45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。