

【入所申込書の提出について】

下記の書類を提出して下さい *A4でご提出ください。

- ① 入所申込書 (両面あり)
- ② 入所申込書 別紙 (両面あり)
- ③ 介護保険証の写し
- ④ 介護負担割合証の写し
- ⑤ 後期高齢者医療被保険者証 (国民健康保険被保険者証)
- ⑥ お薬表の写し(お薬手帳でも可)
- ⑦ 介護保険負担限度額認定証の写し(持っている方のみ)
- ⑧ 在宅サービス利用者の方はケアマネジャーから毎月提出されているサービス利用票の直近3ヶ月の写し(別表も含む)

「料金でお困りの方へ」

本人の属する世帯の収入、預貯金等の状況で市役所に申請して決定する証明書等があります。別紙を同封いたしますのでご参照ください。

- ⑦の介護保険負担限度額認定証 → 食費、居住費の減額が受けることができる制度。
- 高額介護サービス費 → 介護保険の1割負担分の上限額を超えた金額が返ってくる制度。

「生活保護世帯の方の個室ユニット型への入所も可能」

市川市に申請し認定されることにより、「社会福祉法人等による利用者負担の軽減制度」を利用することができます。

詳しくはお問合せください。

※申込書受理後、申込書の写しが必要な方は返信用封筒(84円切手貼付)も一緒に送ってください。

※既に病院、施設等に入院(所)されておりサービス利用票がない場合は提出する必要はありません。

※ホームでの受付は月曜日~土曜日の9時00分~17時00分までとなっております。(郵送でも申し込み可)

※一枚の申し込み用紙で特別養護老人ホーム市川あさひ荘

特別養護老人ホーム サンライズ市川の申し込みが出来ます。

☆同封書類

- 1、介護老人福祉施設の入所に関する基準の概要
- 2、入所申込書
- 3、入所申込書別紙
- 4、入所申込書 記入例
- 5、料金表市川あさひ荘・サンライズ市川
- 6、サービス利用表(例)
- 7、介護保険負担限度額認定の申請について
- 8、介護保険負担限度額認定申請書
- 9、高額介護サービス費について

お問い合わせ・郵送先

〒272-0801

千葉県市川市大町 537

特別養護老人ホーム 市川あさひ荘

電話 047-337-6565

Fax 047-337-6667

〒272-0801

千葉県市川市大町 79-2

特別養護老人ホーム サンライズ市川

電話 047-303-6539

Fax 047-303-6541

介護老人福祉施設の入所に関する基準の概要

(1) 入所の必要性を評価する基準

- ① 要介護度
- ② 介護者・家族の状況
- ③ 認知症の程度
- ④ 在宅サービスの状況
- ⑤ 性別、ベッド、居室の特性

などを総合的に評価して入所を決定いたします。

また、6ヶ月に1回待機者名簿の見直しを行っております。

(2) 入所の時期

施設に退所する方が生じた場合は、入所待機者順位名簿に基づいて、施設から連絡いたします。その後、施設の担当者による面接調査等を行い、入所を決定し、施設との入所契約となります。

なお、入所者、家族の都合により一時辞退があった場合は、入所順位を繰り下げられる場合もあります。

(3) その他

- ① 入所申込書を提出後、本人や家族の状況等が変わった場合は、家族の申し出により申込み内容の変更をしますので、施設へ直接、連絡してください。
- ② 入所申込書を提出された後、市外へ転出された場合（死亡を含む）は、速やかに施設に申し出てください。
- ③ 入所申込後、入所希望を取り下げの場合は直接施設に連絡するようにお願い致します。
- ④ 他の施設に入所が決まった場合は、直接施設に連絡をするようにお願い致します。
- ⑤ 当施設に入所が決まって、他の施設に申し込みされている方はご家族様からキャンセルをするようにお願い致します。
- ⑥ 入所申込書を提出後、本人や家族の状況等が変わらない場合は、入所申込書は有効とし、入所待機者名簿の順位が継続されますが、
②と③などの理由により、入所待機者名簿から削除される場合もあります。
- ⑦ 入所申込書後、申込書の有効期限があります。
尚、更新希望される方は、直接施設に連絡を頂きますようお願い致します。

- ⑧ 申込書の請求は施設窓口、郵送、施設のホームページ等で行っておりますのでお気軽にお問合せ下さい。

《入所の申込みから入所の決定までの流れ》

入所希望者等による申込み



- (1) 施設へ「入所申込書」「入所申込書別紙」と「介護保険の被保険者証の写し」、在宅サービスを利用している方は「直近3ヶ月分のサービス利用票（別表を含む）」を提出してください。
- (2) 施設は、入所申込書等に基づいて内容を審査し、誤りがなければ申込書を受取り、写しを申込者等に渡します。

入所検討委員会



- (1) 入所基準に基づいて、要介護度や家族の状況等を勘案し、優先的な順位決定に関する事務を行います。

入所の意思確認



- (1) 退所者が生じて入所可能となった場合、施設から入所希望者の意思確認を行います。

入所決定・契約

- (1) 施設と入所手続きを行います。

市川朝日会 入所申込書

特別養護老人ホーム 市川あさひ荘

特別養護老人ホーム サンライズ市川

※この申込書で、2つの施設のお申し込みができます。情報は共有させていただきます。

申込者・連絡先	住所	〒	
	フリガナ		
	氏名	(続柄)	
	電話	自宅	携帯

入所希望者の状況	フリガナ													
	氏名	(男 ・ 女)												
	生年月日	大正 昭和			年 月 日		(年齢 歳)							
	住所	〒												
	介護保険情報	保険者(市町村名)												
		要介護度	1	2	3	4	5	被保険者番号						
		事業所名							要介護度認定期間	令和 年 月 日から	令和 年 月 日まで			
		介護保険負担割合	1割	2割	3割	介護保険負担限度額(段階)	1	2	3①	3②	基準外	不明		
	世帯の状況	独居(一人暮らし) 高齢世帯(75歳以上) 家族と同居(家族の年齢 60~74歳 その他の世帯) 《施設や病院に入所、入院されている方は下記にご記入下さい》 病院 介護老人保健施設 介護療養型施設 養護老人ホーム 有料老人ホーム 施設・病院名 所在地 入所・入院年月日 平成・令和 年 月 日より												
	入所を希望する理由(該当するものすべてを選んで下さい)	1. 入所申込ができるのは原則として要介護度3以上の方です。 (要介護度1・2の方については、入所を必要とするやむを得ない理由が必要なことから、次の2欄も回答してください。) <input type="checkbox"/> 介護する者がいないため。 <input type="checkbox"/> 介護する者が「高齢」、「障害」、「疾病」等により十分な介護が困難なため。 <input type="checkbox"/> 介護者が就労していることから、十分な介護が困難なため。 <input type="checkbox"/> 介護者の身体的・精神的負担が大きく十分な介護が困難なため。 <input type="checkbox"/> 居住環境の事情により十分な介護が困難なため。 <input type="checkbox"/> 施設や病院等から退所を求められているが、自宅での介護が困難なため。 <input type="checkbox"/> その他()												
	2. 要介護度1・2の方については、以下該当するものを回答して下さい。 <input type="checkbox"/> 認知症である者であって、日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁に見られる。 <input type="checkbox"/> 知的障害、精神障害等を伴い、日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さ等が頻繁に見られる。 <input type="checkbox"/> 家族等による深刻な虐待が疑われること等により、心身の安全・安心の確保が困難である。 <input type="checkbox"/> 単身世帯である、同居家族が高齢又は病弱である等により家族等による支援が期待できず、かつ、地域での介護サービスや生活支援の供給が不十分である。													
ご家族状況	キーパーソン													
	①氏名	続柄	住所	同居・別居										
	②氏名	続柄	住所	同居・別居										
	③氏名	続柄	住所	同居・別居										

実際に介護をされている方(主たる介護者)・家族の状況

主たる介護者	住所	〒 入所希望者と同居の場合、住所は記入不要										
	フリガナ	(男 ・ 女)										
	氏名	(続柄)										
	生年月日	大正		昭和		平成		年		月		日 (年齢 歳)
主たる介護者・家族の状況	介護者の障害・疾病	無・有(例:腰痛 リウマチ等具体的に) 【有りの方で、その障害や疾病による介護への影響】 介護困難 多少介護困難 介護可能										
	介護者の就労	高齢の為就労出来ない・無・有 (職種) 【有りの方で、その仕事の日数・時間】 1週間に 日 1日に 時間										
	介護者の育児 他家族の障害・疾病	育児(無・有) 他家族の障害・疾病(無・有) 【育児・看病の状況】 常時の育児・看病 1日の半分程度育児・看病 一時的な育児・看病										
	入所希望者以外の要介護者	無・有 主たる介護者との続柄() 要介護度 1 2 3 4 5 要支援 1 2 認知症による不適用行動 非常に多い やや多い 少しあり なし										
	介護者の介護負担	重い やや重い 軽い 負担なし										
	介護者の意欲	意欲的 普通 やや消極的 非常に消極的 無										
	同居家族の協力	常時あり(週4日以上)		随時あり(週2.3日程度)		ほとんどなし		無				
	別居血縁者の協力	常時あり(週4日以上)		随時あり(週2.3日程度)		ほとんどなし		無				
	近隣者の協力	常時あり(週4日以上)		随時あり(週2.3日程度)		ほとんどなし		無				
	申込の状況	当施設以外に申し込んでいる施設名 【市川市内の介護施設】 老健市川あさひ荘 太陽と緑の家 ホワイト市川 広尾苑 清山荘 市川ヒルズ ナーシングホーム市川 レガーレ市川 市川翔裕園 やわらぎの郷 なごみ 市川三愛 親愛の丘市川 タムスさくらの杜市川 華つばき 市川ひかり										

同意事項

1. 本入所申込みに関する内容を、市川市へ提供することに同意します。
2. 入所に関わる記載事項の確認等に関し、関係病院、担当ケアマネージャーに確認することに同意します。
3. 施設から、入所待機順位決定方法等の説明を受けました。

令和 年 月 日

入所希望者本人(代理人)氏名

印

※市川朝日会グループでは以下の事業サービスも行っております

・社会福祉法人 介護老人保健施設 市川あさひ荘のパンフレット資料請求

希望する 希望しない

利 用 申 込 書 (別 紙)

■身体状況

食事状況	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 経管栄養	
	食事制限	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 塩分 (g) <input type="checkbox"/> 水分 (ml) <input type="checkbox"/> カロリー (cal)
	ご飯	<input type="checkbox"/> ご飯 <input type="checkbox"/> お粥 <input type="checkbox"/> ミキサー食
	おかず	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 刻み食 <input type="checkbox"/> 超刻み食 <input type="checkbox"/> ミキサー食
	水分	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> とろみ使用
	摂取量	<input type="checkbox"/> 全量 <input type="checkbox"/> 1/2 <input type="checkbox"/> 1/3以下
	飲みこみ	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 時々むせる <input type="checkbox"/> よくむせる
	入れ歯	<input type="checkbox"/> 自歯 <input type="checkbox"/> 使用中 (上・下) <input type="checkbox"/> 除去中 (上・下)
排泄の状況	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 誘導 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 (日中 回/夜間 回)	
	尿意	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> 時々ある <input type="checkbox"/> ない
	便意	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> 時々ある <input type="checkbox"/> ない
	方法	<input type="checkbox"/> トイレ誘導 <input type="checkbox"/> オムツ交換
入浴状況	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
着替えの状況	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
歩行状況	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 歩行不可 <input type="checkbox"/> 転倒・転落歴あり	
	<input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 装具 <input type="checkbox"/> 車椅子(<input type="checkbox"/> 自操可・ <input type="checkbox"/> 不可)	
	<input type="checkbox"/> 普通型 <input type="checkbox"/> リクライニング型	
移乗状況	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
口腔ケア状況	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
睡眠状況	<input type="checkbox"/> 支障あり <input type="checkbox"/> 支障なし	
	<input type="checkbox"/> 眠剤なし <input type="checkbox"/> 眠剤あり	
視力状況	<input type="checkbox"/> 支障あり <input type="checkbox"/> メガネ使用 <input type="checkbox"/> 支障なし	
言語状況	<input type="checkbox"/> 支障あり <input type="checkbox"/> 支障なし	
喫煙状況	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (1日 本)	
飲酒状況	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (1日 位)	
皮膚の治療	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (部位)	
医療の状況	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> インシュリン <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> バルーン <input type="checkbox"/> 褥瘡 <input type="checkbox"/> 経管栄養 (胃ろう/腸ろう/鼻腔)	
麻痺	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 右上肢 <input type="checkbox"/> 右下肢 <input type="checkbox"/> 左上肢 <input type="checkbox"/> 左下肢 <input type="checkbox"/> その他	
拘縮	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 肩 (右・左) <input type="checkbox"/> 膝 (右・左) <input type="checkbox"/> その他	
身体測定	身長	cm 体重 kg (年 月測定)

■認知症の状況など

●下記の中から該当すると思いつく行為をチェックしてください。

認知症による不適応行動について

- 非常に多い(毎日) やや多い(週に1,2回程度)
少しあり(月1,2回) なし
自分を自ら傷つけて怪我をしたり、他人に対して暴力を振るう行為
幻聴や幻視の症状がある
どことなくあるきまわり、迷子になったり、帰って来られなくなる状態 (徘徊行為)
便をいじったり、口にしたりといった不潔な行為 (不潔行為)
食べられない石や石鹸などを食べてしまう行為 (異食行為)

●その他、介護で困っている事があれば下記に詳細ご記入下さい

■薬の状況

●現在の飲んでいる薬の内容を下記にご記入頂くかお薬手帳のコピーを添付して下さい。

- ・ _____
- ・ _____
- ・ _____
- ・ _____
- ・ _____

■既往歴 (これまでかかった病気の名前と時期についてご記入下さい)

・例) 脳梗塞 R2.11 ○○病院入院 (左麻痺)

【記入例】

市川朝日会 入所申込

特別養護老人ホーム 市川あさひ荘

特別養護老人ホーム サンライズ市川

※この申込書で、2つの施設のお申し込みができます。情報は共有させていただきます。

申込者・連絡先	住所	〒000-0000 〇〇県〇〇市〇〇町〇-〇-〇(建物名あればご記入をお願いします)	
	フリガナ	アサヒ サブロウ	
	氏名	朝日 三郎 (続柄 三男)	
	電話	自宅 047-000-0000	携帯 090-0000-0000

入所希望者の状況	フリガナ	アサヒ タロウ										
	氏名	朝日 太郎 (男・女)										
	生年月日	大正 昭和 10年 〇月 〇日										
	住所	〒000-0000 〇〇県〇〇市〇〇町〇-〇-〇(建物名あればご記入をお願いします)										
	介護保険情報	保険者(市町村名)				被保険者番号						
		要介護度	1	2	3	4	5	要介護度認定期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで			
		事業所名				担当ケアマネジャー						
	世帯の状況	介護保険負担割合	1割	2割	3割	介護保険負担限度額(段階)	1	2	3	基準外	不明	
		世帯の種類	<input checked="" type="checkbox"/> 独居(一人暮らし) <input type="checkbox"/> 高齢世帯(75歳以上) <input type="checkbox"/> 家族と同居(家族の年齢 60~74歳) <input type="checkbox"/> その他の世帯									
		施設・病院名	病院 介護老人保健施設 介護療養型施設 養護老人ホーム 有料老人ホーム 施設・病院名 介護老人保健施設 〇〇市川あさひ荘 所在地 千葉県市川市〇〇町5-〇-〇									
入所を希望する理由(該当するものすべてを選んで下さい)	入所・入院年月日	平成 令和 年 月 日										
	理由	1. 入所申込ができるのは原則として要介護度3以上の方です。(要介護度1・2の方については、入所を必要とするやむを得ない理由も回答してください。) <input type="checkbox"/> 介護する者がいないため。 <input type="checkbox"/> 介護する者が「高齢」、「障害」、「疾病」等により十分な介護が困難なため。 <input type="checkbox"/> 介護者が就労していることから、十分な介護が困難なため。 <input type="checkbox"/> 介護者の身体的・精神的負担が大きく十分な介護が困難なため。 <input type="checkbox"/> 居住環境の事情により十分な介護が困難なため。 <input type="checkbox"/> 施設や病院等から退所を求められているが、自宅での介護が困難なため。 <input type="checkbox"/> その他()										
ご家族状況	キーパーソン	※住所は〇〇県〇〇市迄で結構です										
	①氏名	続柄			住所			同居・別居				
	②氏名	続柄			住所			同居・別居				
	③氏名	続柄			住所			同居・別居				

介護保険証、介護保険負担割合証、介護保険負担限度額認定証に書かれている情報をご記載下さい

施設又は病院に入所、入院されている場合は施設・病院名、所在地、入所・入院年月日をご記入下さい

実際に介護をされている方(主たる介護者)・家族の状況

主たる介護者	住所	〒0000-0000 00県00市00町0-0-0 入所希望者と同居の場合、住所は記入不要	
	フリガナ	アサヒ サブロウ (男・女)	
	氏名	朝日 三郎 (続柄 三男)	
	生年月日	明治 大正 昭利 50年 1月 7日	
主たる介護者・家族の状況	介護者の障害・疾病	無・有(例:腰痛 リウマチ等具体的に) 【有りの方で、その障害や疾病による介護への影響】 介護困難 多少介護困難 介護可能	
	介護者の就労	高齢の為就労出来ない・無・有 (職種 飲食業) 【有りの方で、その仕事の日数・時間】 1週間に 5日 1日に 8時間 <div style="border: 1px solid orange; padding: 5px; width: fit-content;">65歳以上で就労なしの方は「高齢の為就労出来ない」を○で囲んで</div>	
	介護者の育児 他家族の障害・疾病	育児(無・有) 他家族の障害・疾病(無・有) 【育児・看病の状況】 常時の育児・看病 1日の半分程度育児・看病 一時的な育児・看病	
	入所希望者以外の要介護者	無・有 主たる介護者との続柄() 要介護度 1 2 3 4 5 要支援 1 2 認知症による不適用行動 非常に多い やや多い 少しあり なし	
	介護者の介護負担	重い やや重い 軽い 負担なし	
	介護者の意欲	意欲的 普通 やや消極的 非常に消極的 無	
	同居家族の協力	常時あり(週4日以上) 随時あり(週2.3日程度) ほとんどなし 無	
	別居血縁者の協力	常時あり(週4日以上) 随時あり(週2.3日程度) ほとんどなし 無	
	近隣者の協力	常時あり(週4日以上) 随時あり(週2.3日程度) ほとんどなし 無	
	申込の状況	当施設以外に申し込んでいる施設名 【市川市内の介護施設】 老健市川あさひ荘 太陽と緑の家 ホワイト市川 広尾苑 清山荘 市川ヒルズ ナーシングホーム市川 レガーレ市川 市川翔裕園 やわらぎの郷 なごみ 市川三愛 親愛の丘市川 タムスさくらの杜市川 華つばき 市川ひかり	

日付、ご氏名をご記入下さい

同意事項

1. 本入所申込みに関する内容を、市川市へ提供することに同意します。
2. 入所に関わる記載事項の確認等に関し、関係病院、担当ケアマネージャーに確認することに同意します。
3. 施設から、入所待機順位決定方法等の説明を受けました。

令和 年 月 日

入所希望者本人(代理人)氏名

印

※市川朝日会グループでは以下の事業サービスも行っております

・社会福祉法人 介護老人保健施設 市川あさひ荘のパンフレット資料請求

希望する 希望しない

サービスマス利用票別表

区分支給限度管理・利用者負担計算

被保険者番号:

利用者:

様

事業所名	事業所番号	サービスマス /種別	サービスマス コード	区分	新号適用後		サービスマス 単位数 /費用	新号管理 単位数	理髪五給 限度基準 を超過する 単位数	理髪五給 限度基準 内単位数	区分支給 限度基準 を超過する 単位数	区分支給 限度基準 内単位数	区分支給 限度基準 内単位数	明細款 種別	費用総額 (保険/事業 別単位数)	給付 率 (%)	保険/事業費 請求額	定額利用金 負担額/種別 /額	利用者負担 (保険/事業 別単位数)	利用者負担 (保険/事業 別単位数)	利用者負担 (保険/事業 別単位数)
					単 (%)	増徴款															
区分支給限度基準額 (単位)																					
合計																					

種類別支給限度管理

サービスマス 種類	申請期間 /単位	申請期間 /単位	申請期間 /単位	申請期間 /単位	申請期間 /単位	申請期間 /単位	申請期間 /単位
サービスマス 種類	申請期間 /単位	申請期間 /単位	申請期間 /単位	申請期間 /単位	申請期間 /単位	申請期間 /単位	申請期間 /単位
合計							

要介護認定期間中の短期入所利用日数

前月までの利用日数	当月の計画利用日数	実効利用日数

請求額の計算

保険請求分	公費請求額	社会福祉法人等による 利用費負担の減免	利用者請求額