標準入所申込書

特別養護老人ホーム　　年　　月　　日

パレット 施設長様

入所希望者（申込者）

		整理番号	
フリガナ		保険者	
氏名		被保険者番号	
生年月日	明・大・昭　　年　月　　日	要介護度	３・４　・５
性別	男　　女	（特例）	（１・２）
認定有効期間	令和　　年　　月　　日～　　年　　月　　日		
現住所	〒 電話番号　　（　　）		
給付制限			
認定審査会意見			

注：介護保険証から転記してください。なお、コピーを添付した場合は記載不要です。

申込代理者（申込者が本人でない場合は、下の欄にお書きください。）又は連絡先

氏名		入所希望者との続柄	
住所	〒 電話番号　　（　　）		

介護保険法令に基づき要介護の認定を受けましたので、この入所申込書により入所を希望いたします。

なお、入所のための待機中に、貴施設以外の施設に入所が決定した場合、また要介護度や連絡先、介護の状況等について変更がありました場合は、速やかに貴施設に連絡いたします。

希望事項	時期	早急　・令和　　年　　月以降	申込予定	貴施設のみ・他にも申込む　　ヶ所（予定）
	申込理由・入所を急ぐ理由	（該当するものすべてに☑印を記入してください。） □１ 施設入所により安心した生活を送りたい □２ 寝たきりなどにより、食事、排泄、入浴等日常生活全般に介助が必要 □３ 認知症などにより常時の見守り、介護が必要 □４ 施設や病院等から退所を求められているが、自宅での生活が困難 □５ 単身世帯のため介護者がいない、または介護者が入院等で介護ができない □６ 介護者が、高齢、疾病、育児、就労、別居等のため、介護が困難（詳細を８欄に記入） □７ 利用したい在宅サービスが十分でない（夜間訪問介護など） □８ その他の理由（具体的にお書きください。不足する場合は裏面等余白に御記入ください。） ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ （要介護１・２の場合は以下の項目についても該当するものすべてに☑印を記入してください。） □９ 認知症、知的障害・精神障害等により、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ため、居宅において日常生活を営むことが困難 □10 家族等による深刻な虐待があるなど心身の安全・安心の確保が困難 □11 その他、居宅において日常生活を営むことが困難な理由（具体的にお書きください。）		

（裏面に続く）

同意及び説明確認	入所希望者、介護者を円滑に支援するために、市町村・ケアマネージャー等にこの申込内容を情報提供し、また情報提供を受けることに同意します。 また、入所申込みから入所契約までの手続き及び入所順位の決定方法について、施設から説明をうけました。 令和　　年　　月　　日　入所希望者（申込者）又は申込代理者 氏名　　印

事務処理欄（記入不要です。）

申込日：令和　　年　　月　　日	受付日：令和　　年　　月　　日	受付者
受付方法：来所・郵便・	意思確認：令和　　年　　月　　日	
受付簿記入者	受付簿記入日：令和　　年　　月　　日	
入所基準　　基準　・　特例	特例事由市町村確認：令和　　年　　月　　日　該当　有　・　無	

標準調査票

	整理番号：		希望者氏名：		記入者氏名：		
現況	独居・高齢者世帯・家族同居 入院中（病院名　　）・入所中（施設名　　）						
生活状況	移動	歩行・杖・歩行器・車椅子・ストレッチャー ・その他（　　）		介助	自立・一部介助・全介助		
	食事	主）普通・かゆ・ミキサー（箸・スプーン）		介助	自立・一部介助・全介助		
		副）普通・一口大・きざみ・極きざみ・ミキサー					
	更衣（着替え）			介助	自立・一部介助・全介助		
	整容(身だしなみ)			介助	自立・一部介助・全介助		
	排泄	トイレ・ポータブル・尿器・便器・おむつ ・カテーテル・人口膀胱・人口肛門		介助	自立・一部介助・全介助		
	入浴	介助浴・座浴・特浴・その他（　　）		介助	自立・一部介助・全介助		
	送迎時の介助	車椅子（要・不要）・ストレッチャー（要・不要）					
	※記入にあたっては、認定調査時の資料等から転記していただいても結構です。						
身体状況	視力	普通・見えにくい・見えない	身長	cm	体重	kg	
	聴力	普通・聴こえにくい・聴こえない	精神状態	安定・不安定（幻覚･興奮･攻撃･他　　）			
	発語	普通・やや不自由・不自由	認知	無・有（日常生活自立度　Ⅰ・Ⅱ・Ⅲ　・Ⅳ・M）			
	理解力		問題行動	無・有（徘徊・不潔行為・他　　）			
健康状況	現疾患			病歴			
	主治医			TEL			
	医療の状況	経管栄養･胃ろう･カテーテル･人工膀胱･人工肛門･インシュリン･在宅酸素･その他（　　）					
	感染症	無・有（　　）		アレルギー	無・有（　　）		
	皮膚刺激	普通・弱い		麻痺	無・有（　　）		
	便秘	無・有（服薬：無・有）		拘縮	無・有（　　）		
	睡眠	良・不良（服薬：無・有）		褥瘡	無・有（　　）		
	嚥下	異常なし・むせる・つまる		湿疹	無・有（　　）		
	入れ歯	無・有（上・下）		口腔状況	良・否（　　）		
介護の状況	主たる介護者氏名		年齢　　歳	性別	男・女	続柄	
	就労状況等	就業中・共働き・育児・その他（　　）					
	介護期間	年　　月頃から		その他の介護者	無・有　（　）名		
	窓口相談	無・有　　介護事業所・市町村・在宅介護支援センター・その他（　　） 居宅介護支援事業所名　　ケアマネージャー名 （　　）　（　　）					
住環境	区分	持ち家　　階（エレベーター 有・無）　・　借家　　階（エレベーター有・無）					
	住宅改修	可・不可・改修済（　　）					
	立地等	住宅サービス利用に問題点　　無・有（送迎・訪問・その他　　）					

【その他特記事項】

【介護上の悩み・困っていること】※別の用紙にお書きいただいても結構です。

特別養護老人ホームパレット標準入所指針

１　目的

愛知県特別養護老人ホーム標準入所指針（以下「指針」という。）は、特別養護老人ホーム（以下「施設」という。）へ入所の必要性が高い入所希望者を優先的に入所させるという観点から、入所に係る申込手続き及び決定方法を明確にすることにより、透明性・公平性を確保するため、各施設において入所指針を作成する際の参考となるよう、指針を作成したものである。

平成２７年４月１日以降の施設への入所については、介護保険法（平成９年法律第１２３号）第８条第２１項の改正とそれに伴う介護保険法施行規則（平成１１年厚生省令第３６号）の改正により、原則要介護３以上の方に限定される一方で、やむを得ない事情により施設以外での生活が著しく困難であると認められる場合の要介護１又は２の方の特例的な施設の入所（以下「特例入所」という。）が認められた。これらの運用に 当たっては、透明性及び公平性が求められるとともに、特例入所の運用について保険者市町村の適正な関与を必要とした。

なお、この指針は愛知県（名古屋市、豊田市、豊橋市、岡崎市を除く。）内の施設を対象とする。

２　入所を決定する際の手続き

（１）入所申込み及び入所決定の手続き

ア　入所申込みの方法

施設への入所申込みは、標準入所申込書及び標準調査票に基づき、各施設において定めた入所申込書（以下「申込書」という。）により行う。

なお、申込書は複写式とし、写しは「入所希望者（申込者）又は家族等申込代理人（以下「申込人」という。）」が保管する。

イ　入所申込みの受付

（ア）受付時の対応

施設は、申込書の受付に当たっては、申込人と面接をするなど、申込人の状況把握に努めることとし、保険者市町村等に対する情報提供及び照会に関し同意を得るとともに、入所の決定方法について説明を行い、申込書の「同意及び説明 確認欄」に署名を受けることとする。

（イ）受付後の経過管理

施設は、入所申込書を受理した場合は、標準入所申込受付簿（別紙様式３）にその内容を記載し、その後の経過を明らかにする。

（ウ）変更の届出

申込人は入所申込後、要介護度あるいは介護者の変更など申込書の内容に著しい変更が生じた場合には、施設に変更内容を連絡する。

（２） 要介護１・２の特例入所希望者の場合

ア　施設の事務

（ア）施設は、申込者に対し特例入所制度について説明し、特例入所を希望する事由など必要な情報を入所申込書に記載することを求める。

（イ）施設は、保険者市町村に対して入所申込みがあったことを報告し、下記の特例入所について考慮すべき事項①～③の該当状況並びに特例入所対象者に該当するか 否かを判断するに当たって参考となる事項について意見を求める。ただし、該当しないことが明白である場合を除く（その後の状況の変化には注意する。）

①　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こと

②　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こと

③　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こと

（ウ）下記（3）エにおいて、委員会が入所を決定する際に最新の「介護の必要の程度」や「家族の状況」等について改めて保険者市町村に意見を求める。

イ　市町村の関与

施設からの求めに応じ、保険者市町村は、地域の居宅サービスや生活支援などの提供体制に関する地域の状況や、担当の介護支援専門員から居宅等における生活の困難度の個別の状況聴取内容を踏まえて、（２）ア（イ）①～③の特例入所対象該当性について施設に対して意見書を提出する。

（３）入所決定の方法

施設は、入所者の選考に係る委員会（以下「委員会」という。）を設置し、合議制により入所の優先順位の決定を行う。

ア　委員構成

委員会は、施設長、生活相談員、介護職員、看護職員、栄養士、機能訓練指導員、介護支援専門員等で構成する。

なお、委員会には施設職員以外の第三者の参加を求めることが望ましい。

また、委員会は必要に応じ嘱託医の意見を聞くことができる。

イ　開催

委員会は、必要の都度開催する

ウ　運営

委員会は、評価基準に基づき、入所の必要性の高い者の優先順位を決定し、優先

入所対象者名簿を作成する。

また、委員会は開催の都度、優先入所対象者名簿を更新するが、入所希望者の都合により入所辞退があった

場合は、順位を見直すことができる。

エ　入所の決定

委員会は、空床が生じた場合、受入条件（男女の別、認知症の程度、その他施設の処遇上の事情など）を判断した上で、申込者の意思確認を行い、入所者の決定を行い、その旨申込者に通知する。

オ 記録の保管・公表等

（ア）委員会は、入所優先順位に係る評価・決定に至る経過を記録し、５年間保管する（（２）ア（イ）及び（ウ）の保険者市町村の意見を含む。）。

（イ）施設は、申込者等から請求があった場合、記録を公表するよう努める。

（ウ）施設は、保険者市町村又は県から求められた場合、記録を提出する。

３　入所の必要性を評価する方法

評価基準

（１）委員会において、入所の必要性や緊急性を判断する評価基準は、別紙のとおりとする。

（２）委員会は、評価基準の該当項目に基づき、介護の必要の程度や申込人の状況を評価し、次のグループに分類する。

Ａグループ	Ｂグループ	Ｃグループ
全３項目に該当	２つの項目に該当	１つの項目に該当

（３）委員会は、Ａ、Ｂ、Ｃグループの順に入所決定するものとし、同一グループ内の優先順位は、個々の状況を総合的に判断した上で順位付けするものとする。

なお、Ａグループに分類される申込者が多数となる場合、順位付けはＡグループについてのみ行い、Ｂ及びＣグループについては順位付けを行わない。

また、同一グループ内における順位付けに当たって、施設が所在する老人保健福祉圏域内に住所を有する者は、一定の配慮をすることとする。

４　特別な事由による優先入所

２の（３）にかかわらず、次の場合には委員会の判断において、優先入所を決定することができる。

（１）保険者市町村から入所依頼があった場合

保険者市町村から、老人福祉法第１１条第１項第２号の規定に基づく措置入所依頼

があった場合、家族等による虐待（身体的虐待や介護放棄など）が疑われること等により、心身の安全・安心の確保が困難な状態であること、又は事故や災害の発生等の事情により、市町村が緊急性を認め、入所依頼があった場合。

（２）長期入院後に再入所する場合

入所者が３か月を超えて入院した場合で、退院後、在宅生活が困難と認められる場合。

（３）緊急性が認められる場合

入所希望者（申込者）や介護者の心身の状況が急に悪化するなど、直ちに施設入所を必要とすると判断された場合。

５　その他の留意事項

（１）守秘義務

施設の職員及び第三者委員は、業務上知り得た申込者等に関する個人情報を漏らしてはならない。

また、施設を退職又は転勤した後及び委員を退任した後も同様とする。

（２）説明責任

施設は、申込人から入所選考等に関する説明を求められた場合に、適切に対応できるよう、責任者あるいは窓口を明確にしておく必要がある。

６　その他

（１）保険者市町村等が独自で作成する施設標準入所指針の取扱い

保険者市町村及び関係団体等が、各市町村に所在する施設を対象として、この指針と同様の趣旨で施設標準入所指針を作成する場合は、この指針は適用しない。

（２）指針及びこれに基づく施設の入所指針に係る照会窓口

ア　指針

愛知県健康福祉部高齢福祉課施設グループ

イ　施設の入所指針

施設の責任者あるいは担当窓口

（３）指針の見直し

この指針は、必要が生じた場合、随時見直すこととする。

（４）指針の適用時期

この指針は、平成１５年１月１日から適用する。

ただし、この指針を参考に各施設において入所指針を制定する場合の運用については、可能な限り平成１５年４月１日からとするよう努める。

この改正した指針は、平成２７年４月１日から適用する。

（別紙）

評価項目	評価の目的	評価基準
①入所希望者の心身の状況	常時介護の必要性及び家族、介護者の日常生活への影響度の評価	常時の介護が必要である。あるいは、認知症を原因とする問題行動があり、介護者の日常生活に支障がある。 ＜例＞ ・日常生活の自立度が低く、生活全般にわたる関与が必要な場合（重度の要介護度に配慮する。） ・頻回な徘徊、対人トラブルなど認知症による行動障害やコミュニケーションの困難などがある場合
②家族・介護者等の状況	在宅生活に必要な家族の介護力の評価	家族等の介護者がいない。あるいは、介護者の病気等の事情により介護が困難である。 ＜例＞ ・　単身世帯である場合 ・　同居家族が高齢や病弱である場合
③在宅生活の困難度の状況	在宅サービスの利用による、あるいは現在居住する住宅による生活の継続の困難度に係る評価	在宅サービスの利用による、あるいは、現在居住する住宅による在宅生活の継続が困難である。 ＜例＞ ・近くに在宅サービス機関がなく、その利用が困難である場合 ・病院等の入院患者等で帰る家や居場所がない場合 ・　住居が狭い、住居の改修ができない場合

（注）　評価基準欄の例示は、あくまでも参考として記載したものであり、評価基準の適用に当たっては、例示にとらわれることがないよう留意すること。

愛知県特別養護老人ホーム標準入所指針について（イメージ図）

○　要介護３～５の方については、従来どおりの取扱により、「入所者の選考に係る委員会」による合議により入所の優先順位を決定。
○　要介護１・２の方については、入所を申し込むこと自体を妨げるものではないが、「入所者の選考に係る委員会」に諮るためには「居宅において日常生活を営むことについてやむを得ない事由」が必要。
　その判断の際には、施設と保険者市町村との間で必要な情報共有等の実施。
○　その上で、「申込者」全体の中で「入所者の選考に係る委員会」において「介護の必要の程度」や「家族の状況」等を勘案して、最終的な入所者を決定

施設入所申し込み

要介護３～５

従前どおりの取扱

要介護１・２の特例入所対象者

　心身の状況や置かれている環境等の事情に照らして居宅において日常生活を営むことが困難なことについてやむを得ない事由があると認められる場合

【考慮すべき事項】

①　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こと
②　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こと
③　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こと

施設から申込者の入所に係る意見照会

保険者市町村

申込者の状況について、保険者市町村として意見書を提出

【市町村の適切な関与】

①　入所申込に当たって、施設は入所申込者に対してその理由など必要な情報の記載を求める

②　施設は、保険者市町村に対して報告を行うとともに、当該入所申込者が特例入所対象者に該当するか否かを判断するに当たって参考となる事項について意見を求める。
③　②の求めに応じ、保険者市町村は、地域居宅サービスや生活支援などの提供体制に関する地域の状況や担当の介護支援専門員から居宅等における生活の困難度の個別の状況聴取内容を踏まえて、特例入所対象該当性について施設に対して意見書を提出する。

入所者の選考に係る委員会による合議、入所の優先順位決定

入所決定

【参考】特例入所の要件について

○　特例入所の判断に当たっての具体的な要件については「愛知県特別養護老人ホーム標準入所指針」に基づき判断することになります。
　具体的には、次のような方を想定しています。
○　判断に当たっては、申込者の状態を十分に把握する必要があるため、参考となる資料を提示していただいたり、申込者やご家族の方あるいは介護支援専門員（ケアマネジャー）等にも状況をお伺いします。

①　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こと。

（想定される方）

認知症高齢者の日常生活自立度Ⅳ及びＭに相当する方

※　日常生活自立度Ⅳ…着替え、食事、排便、排尿が上手にできない、時間がかかる。やたらに物を口に入れる、物を拾い集める、徘徊、失禁、大声・奇声をあげる、火の不始末、不潔行為、性的異常行為等といった症状や行動が見られ、常に目を離すことができない状態。

※　日常生活自立度Ｍ…せん妄、妄想、興奮、自傷・他害等の精神症状や精神症状に起因する問題行動が継続する状態等。

②　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こと。

（想定される方）

療育手帳Ａ、Ｂの方

精神障害者保健福祉手帳１級及び２級の方

障害支援区分４、５、６の方

③　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こと。

④　上記３要件に準ずる状態が複合的に生じている等、総合的に勘案して在宅生活が困難であり、他の介護サービスの利用が困難であること。

入所申込変更届

特別養護老人ホーム
パレット施設長様　先に提出しました入所申込書の内容に変更がありましたので届け出ます。

年　　月　　日

＊変更のあった箇所のみ記入してください。

入所希望者（申込者）		整理番号	
フリガナ		保険者	
氏名		被保険者番号	
生年月日	明・大・昭　　年　月　　日	要介護度	３・４　・５
性別	男　　女	（特例）	（１・２）
認定有効期間	令和　　年　　月　　日～　　年　　月　　日		
現住所	〒 電話番号　　（　　）		
給付制限			
認定審査会意見			

注：介護保険証から転記してください。なお、コピーを添付した場合は記載不要です。

申込代理者（申込者が本人でない場合は、下の欄にお書きください。）又は連絡先

氏名		入所希望者との続柄	
住所	〒 電話番号　　（　　）		

介護保険法令に基づき要介護の認定を受けましたので、この入所申込書により入所を希望いたします。　なお、入所のための待機中に、貴施設以外の施設に入所が決定した場合、また要介護度や連絡先、介護の状況等について変更がありました場合は、速やかに貴施設に連絡いたします。

希望事項	時期	早急　・令和　　年　　月以降	申込予定	貴施設のみ・他にも申込む　　ヶ所（予定）
	申込理由・入所を急ぐ理由	（該当するものすべてに☑印を記入してください。） □１ 施設入所により安心した生活を送りたい □２ 寝たきりなどにより、食事、排泄、入浴等日常生活全般に介助が必要 □３ 認知症などにより常時の見守り、介護が必要 □４ 施設や病院等から退所を求められているが、自宅での生活が困難 □５ 単身世帯のため介護者がいない、または介護者が入院等で介護ができない □６ 介護者が、高齢、疾病、育児、就労、別居等のため、介護が困難（詳細を８欄に記入） □７ 利用したい在宅サービスが十分でない（夜間訪問介護など） □８　その他の理由（具体的にお書きください。不足する場合は裏面等余白に御記入ください。） ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ （要介護１・２の場合は以下の項目についても該当するものすべてに☑印を記入してください。） □９ 認知症、知的障害・精神障害等により、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ため、居宅において日常生活を営むことが困難 □10 家族等による深刻な虐待があるなど心身の安全・安心の確保が困難 □11その他、居宅において日常生活を営むことが困難な理由（具体的にお書きください。）		

（裏面に続く）

同意及び説明確認	入所希望者、介護者を円滑に支援するために、市町村・ケアマネージャー等にこの申込内容を情 報提 供し、また情報提供を受けることに同意します。 また、入所申込みから入所契約までの手続き及び入所順位の決定方法について、施設から説明をうけました。 令和　　年　　月　　日　入所希望者（申込者）又は申込代理者 氏名　　印

事務処理欄（記入不要です。）

申込日：令和　　年　　月　　日	受付日：令和　　年　　月　　日	受付者
受付方法：来所・郵便・	意思確認：令和　　年　　月　　日	
受付簿記入者	受付簿記入日：令和　　年　　月　　日	
入所基準　　基準　・　特例	特例事由市町村確認：令和　　年　　月　　日　　該当　有　・　無	

特別養護老人ホーム パレット　利用料金一覧（ユニット型）

1日あたり		要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
介護サービス費（1割）		¥783 円	¥859 円	942 円	¥1,017 円	1,093 円
介護サービス費（2割）		¥1,566 円	¥1,718 円	1,883 円	¥2,035 円	2,187 円
介護サービス費（3割）		¥2,349 円	¥2,577 円	2,825 円	¥3,052 円	3,280 円
食事負担額（保険外）	利用者負担額第1段階	¥300				
	利用者負担額第2段階	¥390				
	利用者負担額第3段階	¥650				
	基本料金	¥1,380				
居住費（保険外）	利用者負担額第1段階	（ユニット型個室）	¥820			
	利用者負担額第2段階	（ユニット型個室）	¥820			
	利用者負担額第3段階	（ユニット型個室）	¥1,310			
	基本料金	（ユニット型個室）	¥1,970			
ユニット型個室・自己負担	利用者負担額第1段階	1,903 円	1,979 円	2,062 円	2,137 円	2,213 円
	利用者負担額第2段階	1,993 円	2,069 円	2,152 円	2,227 円	2,303 円
	利用者負担額第3段階	2,743 円	2,819 円	2,902 円	2,977 円	3,053 円
	基本料金(1割)	4,133 円	4,209 円	4,292 円	4,367 円	4,443 円
	基本料金(2割)	4,916 円	5,068 円	5,233 円	5,385 円	5,537 円
	基本料金(3割)	5,699 円	5,927 円	6,175 円	6,402 円	6,630 円

※介護サービス費（1割）の中には、施設介護報酬、栄養マネジメント加算、夜勤職員配置加算（Ⅱ）、機能訓練体制加算、看護体制加算ⅠⅡ、介護職員処遇改善加算（Ⅰ）が含まれています。

特別養護老人ホームパレット　利用料金一覧（ユニット型）

30日あたり		要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
ユニット型個室・自己負担	利用者負担額第1段階	57,095 円	59,370 円	61,848 円	64,123 円	66,398 円
	利用者負担額第2段階	59,795 円	62,070 円	64,548 円	66,823 円	69,098 円
	利用者負担額第3段階	82,295 円	84,570 円	87,048 円	89,323 円	91,598 円
	基本料金(1割)	123,995 円	126,270 円	128,748 円	131,023 円	133,298 円
	基本料金(2割)	147,490 円	152,039 円	156,996 円	161,546 円	166,095 円
	基本料金(3割)	170,984 円	177,809 円	185,244 円	192,069 円	198,893 円

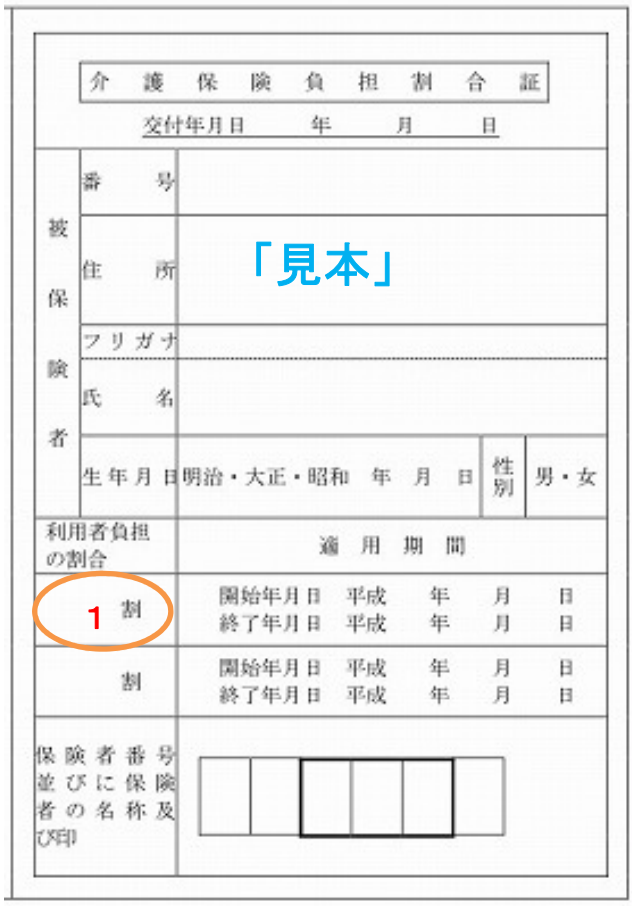
31日あたり		要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
ユニット型個室・自己負担	利用者負担額第1段階	58,998 円	61,349 円	63,910 円	66,260 円	66,398 円
	利用者負担額第2段階	61,788 円	64,139 円	66,700 円	69,050 円	71,401 円
	利用者負担額第3段階	85,038 円	87,389 円	89,950 円	92,300 円	94,651 円
	基本料金(1割)	128,128 円	130,479 円	133,040 円	135,390 円	137,741 円
	基本料金(2割)	152,406 円	157,107 円	162,229 円	166,931 円	171,632 円
	基本料金(3割)	176,684 円	183,736 円	191,419 円	198,471 円	205,523 円

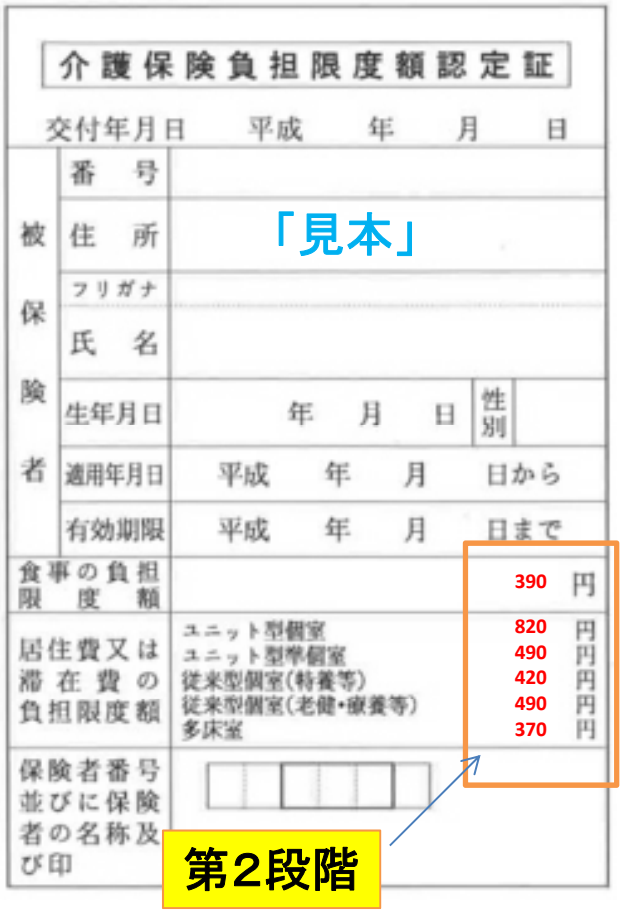
※外泊・入院された場合でも居住費のみ費用がかかりますが、緊急でショートステイの方に居室をお貸し頂い
その日数分の居住費は頂きません。他、日常生活費等、若干費用がかかります。

①【介護保険被保険者証】

要介護 3

③【介護保険負担割合証】 ②【介護保険負担限度額認定証】





負担限度額認定申請について

説明

市民税非課税世帯で預貯金等の額が一定額以下の人が、施設入所やショートステイ利用時の居住費と食費の減額を受ける場合の申請書です。

【必要書類等】

申請書のほか、次のものが必要です。

１．申請者の本人確認書類

１点でよい主なもの・・・運転免許証、運転経歴証明書、身体障害者手帳、マイナンバーカード

２点でよい主なもの・・・介護保険被保険者証、介護保険負担割合証、健康保険証、年金手帳

２．被保険者本人の介護保険被保険証

３．印鑑 **（被保険者本人と配者）**

４．マイナンバー確認書類 **（被保険者本人と配偶者）**
マイナンバーカード、通知カード、住民票の写し（マイナンバー付）のいずれか
代理で申請する場合はその写しでも可

５．預貯金等の証拠書類の写し **（被保険者本人と配偶者）**

※証拠書類の原本をお持ちいただければ、長寿課で必要な部分のコピーをお取りすることもできます。

申請の注意事項

この申請における「配偶者」は、被保険者本人と別世帯の配偶者や内縁関係の人も含みます。

生活保護受給者の方は、申請書の「預貯金等の申告」欄の記入は必要なく、必要書類等のうち

「５．預貯金等の証拠書類の写し」は不要です。

対象者の要件や減額内容等については、利用料の軽減・助成制度をご確認ください。

利用料の軽減・助成制度

更新日：2019 年 10 月 1 日

低所得により生計の維持が困難な方は、申請することで以下の制度が利用できます。対象となる場合、申請した月の初日から適用となります。

負担限度額認定

施設入所・ショートステイの食費・居住費を軽減します。

【対象者の要件】

市民税非課税世帯であって、次の両方に該当する方

（1） 別世帯の配偶者も市民税非課税

（2） 預貯金等の額が、

・配偶者がいない場合、本人の額が 1,000 万円以下

・配偶者がいる場合、夫婦の合計額が 2,000 万円以下

【対象サービス】

施設入所：特別養護老人ホーム、介護老人保健施設、介護療養型医療施設、介護医療院
ショートステイ：短期入所生活介護、短期入所療養介護

注）施設によっては、減額適用にならない場合があります。

【減額内容】

標準的な金額から該当の利用者負担段階に減額されます。（日額）

利用者負担段階		要件	居住費				食費
			ユニット型個室	ユニット型個室的多床室	従来型個室	多床室	
負担限度額認定	第 1 段階	老齢福祉年金受給者 生活保護受給者	820 円	490 円	320 円	0 円	300 円
	第 2 段階	第 1 段階以外の方で、合計所得金額＋課税年金収入額＋非課税年金収入額※の合計額が 80 万円以下の方	820 円	490 円	420 円	370 円	390 円
	第 3 段階	第 1・2 段階以外の方	1,310 円	1,310 円	820 円	370 円	650 円
第 4 段階 標準的な金額			2,006 円	1,668 円	1,171 円	855 円	1,392 円

※平成 30 年 8 月から、合計所得金額・・・年金所得は除き、譲渡所得は特別控除後の額を用いる。

非課税年金…障害年金、遺族年金（寡婦年金、かん夫年金、母子年金、準母子年金、遺児年金を含む）

【必要書類】　申請書、預貯金等の証拠書類の写し（本人と配偶者）、印鑑（本人と配偶者）

注）申請にはマイナンバーが必要です。マイナンバーに関する必要書類は長寿課にお問い合わせください。

社会福祉法人等利用者負担軽減制度

社会福祉法人等が運営する介護サービスの利用者負担額・食費・居住費を軽減します。

【対象者の要件】 市民税非課税世帯で、以下のすべてを満たす方

(1) 前年の年間収入が単身世帯で 150 万円（世帯員 1 人増加につき 50 万円を加算）以下

(2) 預貯金等の額が単身世帯で 350 万円（世帯員 1 人増加につき 100 万円を加算）以下

(3) 日常生活に供する資産以外に活用できる資産がない

(4) 負担能力のある親族等に扶養されていない

（医療保険の被扶養者や住民税の扶養控除対象者ではない等）

(5) 介護保険料を滞納していない

【対象サービス】 注）届出のある社会福祉法人が運営するものに限ります。

特別養護老人ホーム **短期入所生活介護（ショートステイ）**	利用者負担額 食費・居住費（負担限度額認定による減額を受けた場合に限ります）
小規模多機能型居宅介護	利用者負担額・食費・居住費
通所介護（デイサービス）	利用者負担額・食費
訪問介護（ホームヘルプ）	利用者負担額

※総合事業の訪問型サービス、通所型サービス（現行相当）も含みます。

【軽減内容】軽減割合 25%（老齢福祉年金受給者は 50%）

【必要書類】（長寿課窓口にあります）

申請書、収入・資産等申告書、印鑑

【生活保護受給者の方】

特別養護老人ホーム、短期入所生活介護の個室利用時の居住費のみ軽減対象になります。

軽減割合は 100%となり、申請書以外の書類は不要です。

収入・資産等申告書について

世帯全員の年間（1 月 1 日から 12 月 31 日）の収入及び現在の資産等について申告書に記入してください。
申告欄が不足する場合は、申告書を複数枚お使いください。

【年間収入】

・年金（障害年金、遺族年金、恩給含む）、各種手当、仕送り（医療費、介護保険サービス費等の支払い含む）ほか、すべての収入。
・農業収入や事業収入については、その必要経費も記入してください。

【資　　産】

・預貯金　・・・すべての口座の最新の残高と定期預貯金の額。

・現金

・有価証券・・・申請日時点の価額。

（社会福祉法人等軽減制度の申請の場合のみ、以下の 2 項目も記入してください。）

・居住用以外の土地又は家屋・・・田畑等資産の種類とその場所。

・収入を補うために換金できる資産

【扶養状況】

・親族等の医療保険の被扶養者になっているか。

・親族等の住民税の扶養控除対象者になっているか。

・負担能力のある親族等に扶養されているか。

【添付書類】

●年間収入、有価証券等の資産がある場合は、証拠となる書類の写し。

●世帯全員の通帳（上記 1 年間の出入金、最新の残高と定期預貯金額の確認できる部分）の写し。