

利 用 申 込 書

平成 年 月 日

介護老人保健施設 すずの音 施設長殿

介護老人保健施設すずの音を下記のように利用したく申し込みます。

本 人 住 所
(利用者) (ふりがな)

氏 名 男性・女性

M・T・S 年 月 日 歳

TEL

現在の居所(自宅・病院・施設・他)

希望サービス 入所 ・ ショート ・ デイケア (4人部屋 ・ 個室)

要介護(1・2・3・4・5) 要支援(1・2) 負担限度額区分(1・2・3・4)

申 込 者 住 所
(ふりがな)

氏 名 (続柄)

TEL

携帯電話

申し込み理由 介護負担軽減の為 ・ リハビリ目的 ・ その他

備 考

ご入所・ご利用を希望される方へ

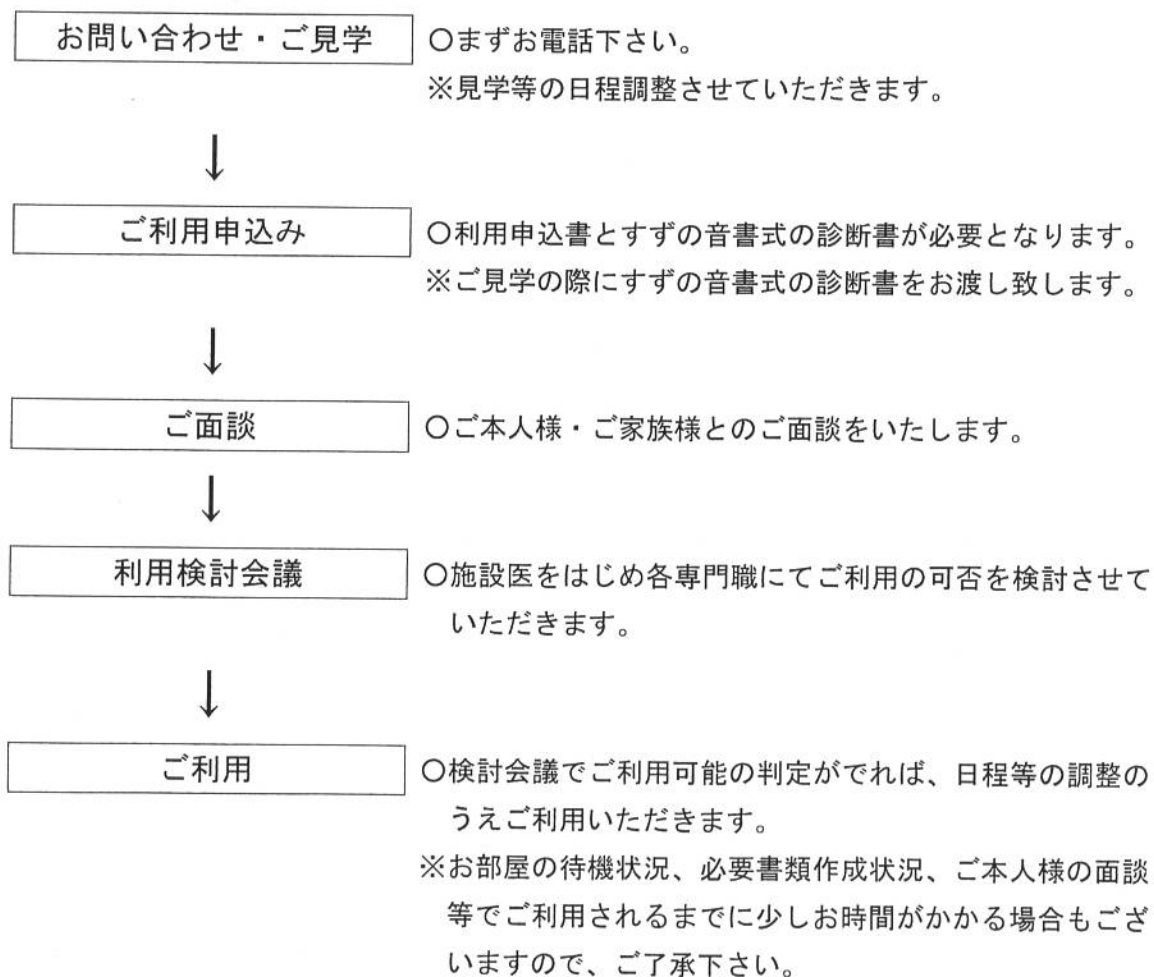
パンフレットには、以下のものを挟ませて頂いております。

- 料金表
- 必要な物品（通所・ショート・入所）
- 利用申込書

通所・ショート・入所のご利用をお考えの方は、施設見学を兼ねて制度のご説明や料金のご説明等をさせていただきますので、すずの音までお電話頂き、ご相談下さい。

※お部屋の待機状況、必要書類作成状況、ご本人様の面談等でご利用されるまでに少しお時間がかかる場合もございますので、ご了承いただきますよう宜しくお願い致します。

☆ご利用までの流れ☆



診療情報提供書

平成 年 月 日

社会福祉法人朱音会

介護老人保健施設

すずの音 施設長宛

医療機関名

所在地

電話

(FAX)

医師名

印

利用希望者名	(ふりがな)	男	生年月日: 明・大・昭	年	月	日
		女			(歳)
診断名及び発症年月日						

1	(昭和・平成	年	月	日)
2	(昭和・平成	年	月	日)
3	(昭和・平成	年	月	日)
4	(昭和・平成	年	月	日)
5	(昭和・平成	年	月	日)

その他今後の療養に影響あると思われる既往症があれば記入ください

障害の直接原因となっている傷病の経過及び投薬内容を含む治療内容
(精神状態・痴呆状態を含む一般状態)

カテーテル類(使用中・無)

* 処方内容は現在内服・外服されている薬を全てご記入下さい。

障害直接原因傷病は 安定 不安定 不明 | 全身状態は 安定 不安定 不明
アレルギー

＜入所時に必要な物品＞

＜必要書類＞

介護保険証・介護保険負担割合証・負担限度額認定証（食費・居住費の減額証）・健康保険証・75歳以上の方は後期高齢者医療被保険者証・一部負担金助成相当・身体障害者手帳などの保険証類一式

印鑑2本（ご利用者・ご家族）、すずの音書式の診断書及び紹介状、看護サマリー（病院・施設にご入院・ご入所されていた方）、お薬情報表

＜必要な持ち物＞

普段着（水洗い出来ない物は不可）（5組）、パジャマ又は寝間着（3組）、肌着（各5組）、靴下（3組）

リハビリシューズ又は履き慣れた上靴（スリッパは滑る可能性ある為不可）、ビニール製エプロン（食事介助に必要な方）

※ 持ち物すべてに名前の記入をお願いします。

（お名前の記入なきお持ち物は入所時に施設にて記入させていただきますが、ご了承下さい）

＜持ち込めない物＞

下記物品のお持込みは禁止となっておりますのでご了承下さい。

- ・現金及び貴重品・お菓子類・携帯電話
- ・はさみ、剃刀、縫い針などの危険物

＜入所時の通院・投薬について＞

※ 入所期間中は、歯科受診を除き、原則的に病院への通院はできません。施設医の判断によるので事前にご相談下さい。

※ 入所期間中は、当施設にて投薬させていただきます。

＜入所時のお願い＞

※ ご面会は、頻繁にお越し下さいますようお願い致します。

※ 外出・外泊をご希望の方は、2階・3階サービスステーションまでお声掛け下さい。

（外泊は、1ヶ月につき最大6日までとなっております）

※ ご面会時に衣類をお持ちの方は、各階職員にお声掛け下さい。

※ 非常の場合は、職員の指示に従って下さい。

※ 全館禁煙です。

※ 入所者間での金品の貸し借りは禁止させていただきます。

※ 介護保険証など記載事項変更や更新の際は事務員にお声掛け下さい。

※ ご家族のご連絡先、ご住所変更がありましたら、速やかに「すずの音」までご連絡下さい。

＜利用料お支払いについて＞

※ 利用料・必要費用につきましては、月末締めとさせていただきます。

※ お支払いは、毎月10日に請求書及び明細書をご用意しておりますので事務員までお声掛け下さい。

尚、その月の20日までに施設窓口又は当施設指定金融機関窓口（りそな銀行）にてご清算下さい。

途中で退所された場合は、ご自宅へ請求書を送らせていただきますので上記の方法でご清算下さい。

< ショートに必要な物品 >

初回利用時に「ショートお荷物表」をご用意させていただきますので、必ずご記入の上ご持参下さい。お帰りの際は、こちらでのご様子や持ち物のチェック等、ご記入させていただいて、ご返却させていただきますのでご覧下さい。次回利用される場合は、ご返却させていただきました「ショートお荷物表」をお使い下さい。

< 必要書類 >

介護保険証・介護保険負担割合証・介護負担限度額認定証（食費・居住費の限額証）・健康保険証・75歳以上の方は後期高齢者医療被保険者証・お薬情報表

※ 初回利用時、更新時にお持ち下さい。コピーし保管させていただきます。

< 当日必要な持ち物 >

普段着・パジャマ又は寝間着・肌着・靴下・下着（オムツや尿とり等）・洗面道具・（歯ブラシ・歯磨き粉）・リハビリシューズ又は履き慣れた上靴（スリッパは転倒の危険性があるため不可）・コップ（プラスチック製の物）・ビニール製エプロン（食事介助に必要な方）・ティッシュ箱

※ その他手鏡や髭剃り等、個人で必要な物品は「ショートお荷物表」にご記入の上、お持ち下さい。

※ 衣服や下着等は、必要日数分又は少し多めに調整しご持参下さい。

※ 持ち物すべてに名前を記入をお願いします。（お名前の記入なきお持ち物は入所時に施設にて記入させていただきますが、ご了承下さい。）

< 持ち込めない物 >

下記物品のお持込みは禁止となっておりますのでご了承下さい。

- ・現金及び貴重品・お菓子類、携帯電話
- ・はさみ、剃刀、縫い針などの危険物

< 施設からのお願い >

- お薬は服薬状況に合わせて、朝・昼・夕の小分けにして必要日数分ご持参下さい。
- 介護保険証など記載事項変更や更新の際はお知らせ下さい。
- ご家族様のご連絡先等に変更がありましたら、必ず「すずの音」までご連絡下さい。

お手数をお掛けしますが、ご協力お願い致します。

< 利用料お支払いについて >

※利用料・必要費用につきましては、月末締めとさせていただきます。

※お支払いは、毎月10日前後に請求書及び明細書を郵送（デイケアご利用の方を除く）させていただきますので、その月の20日までに施設窓口又は当施設指定金融機関窓口にて、ご清算下さいますようお願い致します。

※デイケアもご利用の利用者様は、デイ利用料金のお支払い方法と同様に請求させていただきますので、同様の方法でお支払い下さいますようお願い致します。

< 通 所 時 に 必 要 な 物 品 >

< 必要な書類 >

介護保険証、介護保険負担割合証、健康保険証、75 歳以上の方は後期高齢者医療被保険者証
現在、服薬されているお薬の情報表

< 必要な持ち物 >

普段履きなれている上履き、お着替え（入浴希望の方はフェイスタオル、バスタオルは貸し出し可能な為不要）、オムツ・パッド（オムツなど必要な方）、歯ブラシ・歯磨き粉、お薬（お昼に服薬されている方）、ビニール製エプロン（食事時に必要な方）

< デイ体験利用をご希望される方 >

上記の持ち物、昼食代（567 円）・おやつ代（103 円）、お着替え（入浴体験も可能、フェイスタオル、バスタオルは当施設で貸出し可能）
基本的には、送迎サービスは可能ですが、遠方については要相談。

社会福祉法人 朱音会
介護老人保健施設 すずの音
TEL 0721-98-6868
FAX 0721-98-0080

＜別表＞ 介護老人保健施設 すずの音 入所 利用料金表

⇒2割負担の方

平成29年4月改定

1-1 個室利用料金

	介護度1		介護度2		介護度3		介護度4		介護度5	
施設サービス費	705	1,410	751	1,501	813	1,625	865	1,730	917	1,834
夜勤職員配置加算					25	49				
栄養マネジメント加算					15	29				
教養娯楽費	150									
初期加算(入所日より30日)					31	61				
1日当たりの合計	926	1,699	972	1,790	1,034	1,914	1,086	2,019	1,138	2,123
1ヶ月(31日)当たりの合計	28,706	52,669	30,132	55,490	32,054	59,334	33,666	62,589	35,278	65,813
上記の金額に介護職員処遇改善加算 I (施設サービス費に加算を加えた総額の3.9%)の料金が加わります。										

※別途、特別な食事やリハビリの内容等、ご利用に応じて料金を加算する場合があります。

(円)

※端数処理により金額が若干異なる場合があります。

1-2 食費・居住費(所得に応じて負担段階が変わります。)

	第1段階	第2段階	第3段階	第4段階	
食費	300	390	650	1,595	※消費税込み
居住費(個室料)	490	490	1,310	1,640	
1日当たりの合計	790	880	1,960	3,235	
1ヵ月(31日)当たりの合計	24,490	27,280	60,760	100,285	

1-3 特別な室料

(円)

		1日	月額(31日)	備考
特別な室料	1人部屋	1,836	56,916	消費税込み

上記1-1・1-2・1-3を合計した額が1ヵ月当たりのご利用金額となります (円)

2-1 4人部屋利用料金

	介護度1		介護度2		介護度3		介護度4		介護度5	
施設サービス費	779	1,558	828	1,655	890	1,779	941	1,882	995	1,990
夜勤職員配置加算					25	49				
栄養マネジメント加算					15	29				
教養娯楽費	150									
初期加算(入所日より30日)					31	61				
1日当たりの合計	1,000	1,847	1,049	1,944	1,111	2,068	1,162	2,171	1,216	2,279
1ヶ月(31日)当たりの合計	31,000	57,257	32,519	60,264	34,441	64,108	36,022	67,301	37,696	70,649
上記の金額に介護職員処遇改善加算 I (施設サービス費に加算を加えた総額の3.9%)の料金が加わります。										

※別途、特別な食事やリハビリの内容等、ご利用に応じて料金を加算する場合があります。

(円)

※端数処理により金額が若干異なる場合があります。

2-2 食費・居住費(所得に応じて負担段階が変わります。)(1割負担・2割負担共通)

	第1段階	第2段階	第3段階	第4段階	
食費	300	390	650	1,595	※消費税込み
居住費(多床室料)	0	370	370	370	
1日当たりの合計	300	760	1,020	1,965	
1ヵ月(31日)当たりの合計	9,300	23,560	31,620	60,915	

上記2-1・2-2を合計した額が1ヵ月当たりのご利用金額となります (円)

<別表> 介護老人保健施設 すずの音 短期入所療養介護 利用料金表

⇒2割負担の方

平成29年4月改定

1-1 個室利用料金

	介護度1		介護度2		介護度3		介護度4		介護度5	
介護サービス費	761	1,521	807	1,613	868	1,736	921	1,842	973	1,945
夜勤職員配置加算					25	49				
教養娯楽費	150									
日用品費	150									
1日当りの合計	1,086	1,870	1,132	1,962	1,193	2,085	1,246	2,191	1,298	2,294

上記の金額に介護職員処遇改善加算Ⅰ（施設サービス費に加算を加えた総額の3.9%）の料金が加わります。

※別途、特別な食事等、ご利用に応じて料金を加算する場合があります。 (円)

※端数処理により金額が若干異なる場合があります。

1-2 食費・滞在費(所得に応じて負担段階が変わります。)

	第1段階	第2段階	第3段階	第4段階	
食費	300	390	650	1,595	※消費税込み
滞在費(個室料)	490	490	1,310	1,640	<食費内訳>
1日当たりの合計	790	880	1,960	3,235	・朝食 514円 ・昼食 567円 ・夕食 514円

1-3 特別な室料

特別な室料	1人部屋	1日	備考
		1,836	消費税込み

上記1-1・1-2・1-3を合計した額が1日当りのご利用金額となります (円)

2-1 4人部屋の利用料金

	介護度1		介護度2		介護度3		介護度4		介護度5	
介護サービス費	835	1,669	884	1,767	945	1,890	997	1,994	1,051	2,101
夜勤職員配置加算					25	49				
教養娯楽費	150									
日用品費	150									
1日当りの合計	1,160	2,018	1,209	2,116	1,270	2,239	1,322	2,343	1,376	2,450

上記の金額に介護職員処遇改善加算Ⅰ（施設サービス費に加算を加えた総額の3.9%）の料金が加わります。

※別途、特別な食事等、ご利用に応じて料金を加算する場合があります。 (円)

※端数処理により金額が若干異なる場合があります。

2-2 食費・滞在費(所得に応じて負担段階が変わります。)

	第1段階	第2段階	第3段階	第4段階	
食費	300	390	650	1,595	※消費税込み
滞在費(多床室料)	0	370	370	370	<食費内訳>
1日当たりの合計	300	760	1,020	1,965	・朝食 514円 ・昼食 567円 ・夕食 514円

上記2-1・2-2を合計した額が1日当りのご利用金額となります (円)

3 その他の費用

電気使用料	電気毛布あんか等のコンセント使用機器1個につき(消費税込み)	54/日
特別な食事代	おやつ代(消費税込み)	103/日
	それ以外は実費	

(円)

4 その他の加算

送迎加算	施設にて送迎を行った場合(片道)	187	373
個別リハビリテーション加算	個別にリハビリテーションを行った場合	244/日	487/日
緊急短期入所受入加算	緊急に受入をした場合(7日を限度)	92/日	183/日
重度療養管理加算	要介護度4・5で計画的な医学管理を行い、療養上必要な処置を行った場合	122/日	244/日

※端数処理により金額が若干異なる場合があります。 (円)

＜別表＞ 介護老人保健施設 すずの音 通所 利用料金表

★通所リハビリテーション

⇒2割負担の方

1.基本料金(1日の料金を概算で算出しています。)

平成29年4月改定

	介護度1		介護度2		介護度3		介護度4		介護度5	
介護サービス費(送迎費含む)	739	1,477	890	1,780	1,040	2,079	1,193	2,386	1,344	2,687
食費代(消費税込)	567									
日用品費	100									
教養娯楽費	150									
1日当りの合計	1,556	2,294	1,707	2,597	1,857	2,896	2,010	3,203	2,161	3,504
上記の金額に介護職員処遇改善加算Ⅰ(施設サービス費に加算を加えた総額の4.7%)の料金が加わります。										

※別途、特別な食事等、ご利用に応じて料金を加算する場合があります。

(円)

※端数処理により金額が若干異なる場合があります。

2.その他の加算

入浴介助加算		51/日	102/日
リハビリテーションマネジメント加算(Ⅰ)	利用開始日より1月以内に居宅を訪問し、通所リハビリテーション計画を作成	234/月	468/月
リハビリテーションマネジメント加算(Ⅱ)(1)	上記に加えて、利用者へ説明・同意をいただいた月より6月以内	1038/月	2,075/月
リハビリテーションマネジメント加算(Ⅱ)(2)	上記に加えて、利用者へ説明・同意をいただいた月より6月超え	712/月	1,423/月
短期集中個別リハビリテーション実施加算	退院(所)日又は認定日から起算して3月以内	112/日	224/日
送迎を行わない場合	片道につき	-48	-96

(円)

★介護予防通所リハビリテーション

1.基本料金(1ヵ月の料金を概算で算出しています。)

	要支援1		要支援2	
介護サービス費(送迎・入浴費含む)	1,843	3,686	3,779	7,557
食費代	2,268(1日567円(消費税込み)×4回として計算)		4,536(1日567円(消費税込み)×8回として計算)	
日用品費	400(1日100円×4回として計算)		800(1日100円×8回として計算)	
教養娯楽費	600(1日150円×4回として計算)		1,200(1日150円×8回として計算)	
1ヵ月当りの概算金額	5,111	6,954	10,315	14,093
上記の金額に介護職員処遇改善加算Ⅰ(施設サービス費に加算を加えた総額の4.7%)の料金が加わります。				

※別途、特別な食事等、ご利用に応じて料金を加算する場合があります。

(円)

※端数処理により金額が若干異なる場合があります。

2.その他の加算

運動器機能向上加算	229/月	458/月
-----------	-------	-------

(円)

★通所リハビリテーション ★介護予防通所リハビリテーション 共通

フラット	83	尿とりパット	62
パンツ式(M)	174	テープ式(M)	154
パンツ式(L)	185	テープ式(L)	174
特別な食事代	おやつ代(消費税込み)		103/日
	それ以外は実費		

※1オムツ(1枚当り)料金(消費税込み)

(円)