

社会福祉法人 山の神福祉会

特別養護老人ホームグリーンライフ・ネクステ

入居の申し込み手続きについて

ご入居の申し込み誠にありがとうございます。お申し込みは以下の要領でお願い致します

1.提出していただく物

- ・特別養護老人ホーム グリーンライフ・ネクステ 入居申込書
- ・保険証コピー（健康保険証・介護保険証・負担割合証・負担限度額認定証）
- ・障害者手帳（お持ちの方） ・開示資料（主治医意見書、認定調査票）
- ・在宅サービスご利用の方は、直近3か月分のサービス利用票の写し（コピー）。
- ・お薬手帳（コピー）

※ 有効期限のある物については、有効期限をご確認の上、提出してください。

※ 更新された場合は、更新後の写し（コピー）を再提出してください。）

※ 認定申請中、変更申請中、更新申請中の方については、原則として、その結果を待って申込みをしていただきます。

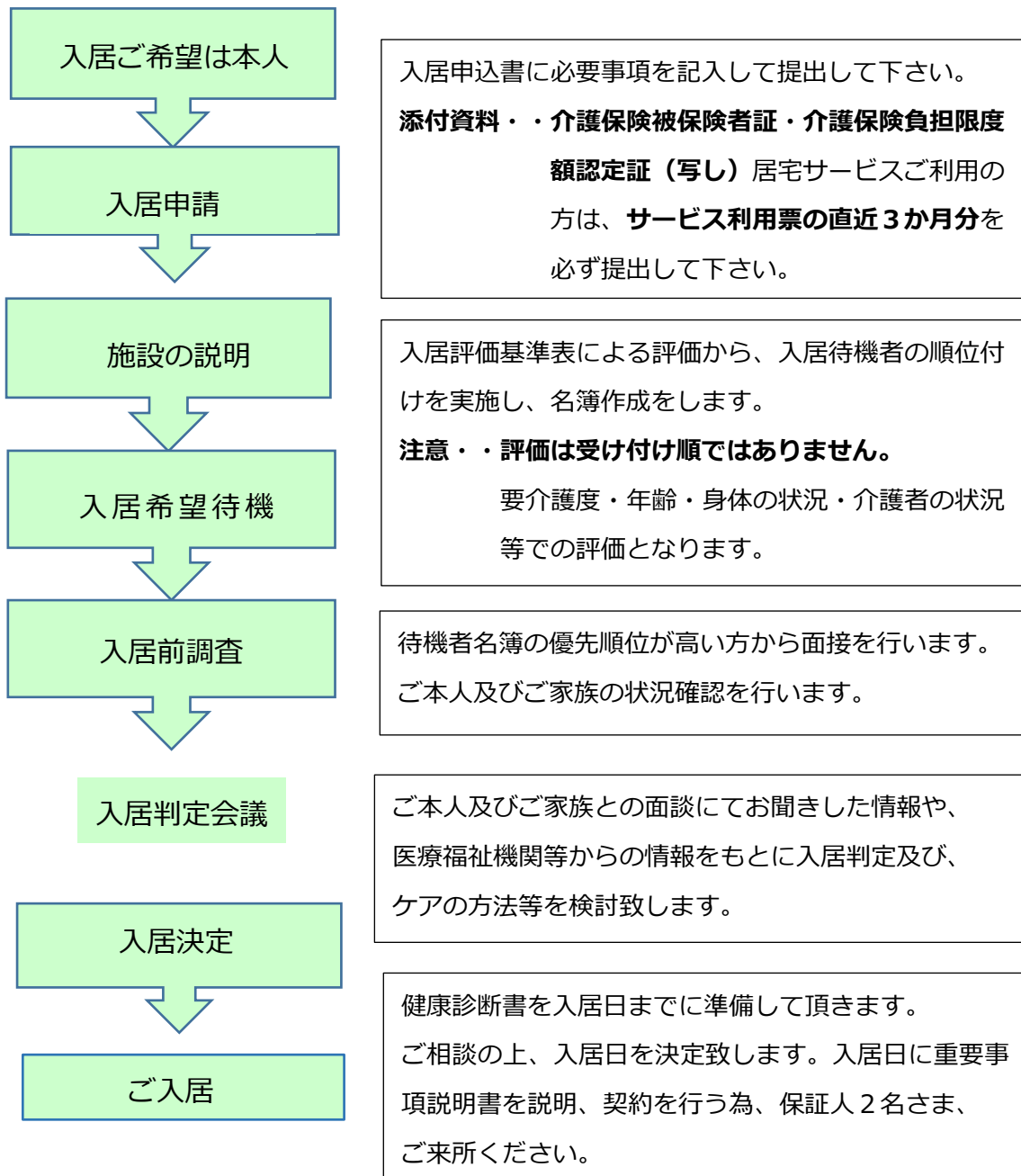
2.提出方法

ご希望の施設に持参、または郵送にて承ります。

【提出時の注意事項】

- ・入居の必要性を確認する上で、重要な書類となりますので、**記入漏れがないよう**
お確かめの上、提出をお願いします。

3.入居のまでの流れ



入居申し込みに関する注意事項

◎入居ご希望は本人

1. 申込者は、基本的にはサービスを受ける本人となります。
2. ただし、本人による申込みが困難な場合には、ご家族が本人の意思を確認したうえで、本人に代わって申込みを行うことが可能です。
3. 申込書の記入にあたって代筆が必要な場合は、ご協力をお願いします。

◎入居順番について

1. 入居の順番は、お申し込み順ではありません。
2. 千葉県又は千葉市の「特別養護老人ホーム入居指針」に基づき、申込希望者の要介護度、介護サービス利用状況等、施設介護サービスを受ける必要性の高い方から、ご入居いただくことになります。

◎入居申込書について

1. 重要な書類となります、記入漏れがないようにお願いします。

◎他施設への入居や体調変化等、住所変更があった場合

1. 申し込み中に、大きな体調変化があった場合は、お手数ですが再度入居申込書の提出をお願いします。
2. 申込中に、他施設への入居や入院先の変更、介護者の変更や住居の状況など、入居申込書の内容に変更があった場合及び、**入居の必要がなくなった場合**には、必ず**担当まで連絡**をお願いします。

◎利用料金について

1. 利用料については、別紙資料の料金一覧表（目安）をご覧ください。
2. 利用料金一覧表には、サービス利用料 1 割負担分と利用料金 2 割負担金、加算の一部負担分・食費・居住費が記載されています。
3. その他に、医療費・薬代・理美容代・ご利用者個人の買い物費用については別途かかります。

【お問い合わせ・ご相談・提出先】

特別養護老人ホーム グリーンライフ・ネクステ

〒290-0202

市原市福増 459 番地 1

担当： 生活相談員

☎ 0436-37-7701 FAX 0436-37-7705

★受付時間：9：00～17：00（月曜日～土曜日）

申込者(連絡先) 今後、郵便物などはこの連絡先にお送りさせていただきます。

申込日	令和 年 月 日
受付日	令和 年 月 日

〒	:
住所	:
氏名	:
電話	:

特別養護老人ホームに入所したいので、次のとおり申し込みます。

申し込み先 (入所希望施設)		保 険 者	
(フリガナ)	性別	被保険者番号	
氏 名	男・女	要 介 護 度	1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5
生 年 月 日	明・大・昭 年 月 日 () 歳	要介護 認定期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで
現 住 所	〒 —		
現 況	☐ 自宅で一人で暮らしている ☐ 自宅で家族と暮らしている ☐ 特養などの施設や病院に入っている 「施設や病院等に入っている方」は記入して下さい。 ◇施設名又は病院名: _____ ◇所在地(市区名のみ) _____ ◇入所又は入院時期: 平成・令和 年 月から入所・入院している		
入所希望者の状況 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となることから、次の2欄も回答してください。) ☐ 介護する者がいないため。 ☐ 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。 ☐ 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。 ☐ 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。 ☐ 居住環境の事情により十分な介護が困難なため。 ☐ 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。 ☐ 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ください。 ☐ 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。 ☐ 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。 ☐ 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。 ☐ 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。		
	入所希望時期 ☐ 今すぐ入所したい ☐ 令和 年 月頃までに入所したい		
	医療の状況 ☐ 経管栄養 ☐ 胃ろう ☐ 在宅酸素 ☐ インシュリン注射 ☐ その他() 【現在治療中の病気・特記事項等】		
申込状況	☐ 当該施設のみ申し込む。 ☐ 他の施設も申し込んでいる、又は今後他の施設も申し込む予定。 ◇既に申し込んでいる他の施設名 () () () ◇今後申し込む予定の他の施設名 () () ()		
主たる介護者	(フリガナ)	性別	本人との関係
	氏 名	男・女	生年月日
	同居の区分	☐ 同居している ☐ 別居している(住所:)	
	意 見	【介護をしているうえで困っていること等】	

様式2

【指定介護老人福祉施設入居調査票・ご家族記入用】

・下記の該当する項目へ丸印の記入をお願い致します。

1 ご本人の状況

要介護度	5	4	3	2～1
------	---	---	---	-----

日常生活自立度	Ⅲa以上	Ⅱb	Ⅱa	I・自立
---------	------	----	----	------

※別表2「認知症高齢者の日常生活自立度判定基準」に基づく。

2 主たる介護者・家族等の状況の評価

①主たる介護者の年齢	70歳以上	60歳以上	60歳未満	—
②介護者の介護負担(ご本人状況)	在宅(独居)	在宅(介護可能な家族同居)	病院等入院中	
③介護者の障害や疾病	介護困難	必要時に介護可能	介護可能	—
④介護者の就労	8時間以上 高齢で就労不能	4～8時間	4時間未満	なし
⑤介護者が育児、主介護者以外の家族が病氣	常時の育児看病	半日育児看病	臨時育児看病	なし
⑥介護者の介護の関わり方	0%	40%	60%	80%
⑦他の同居介護補助者	ほとんどなし	必要時	いつでも毎日	—
⑧別居血縁者介護協力	ほとんどなし	必要時	いつでも毎日	—
⑨近隣者等の介護協力	ほとんどなし	必要時	いつでも毎日	—

ご家族の意見

記載者氏名

別表2 認知症高齢者の日常生活自立度判定基準

ランク	判定基準	見られる症状・行動の例
I	何らかの認知症を有するが、日常生活は家庭内及び社会的にほぼ自立している。	
II	日常生活に支障を来たすような症状・行動や意思疎通の困難さが多少見られても、誰かが注意していれば自立できる。	
II a	家庭外で上記 II の状態が見られる。	たびたび道に迷うとか、買物や事務、金銭管理などそれまでできたことにミスが目立つ等
II b	家庭内でも上記 II の状態が見られる。	服薬管理ができない、電話の応対や訪問者との対応など一人で留守番ができない等
III	日常生活に支障を来たすような症状・行動や意思疎通の困難さが見られ、介護を必要とする。	
III a	日中を中心として上記 III の状態が見られる。	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、奇声を上げる、火の不始末、不潔行為、性的異常行為等
III b	夜間を中心として上記 III の状態が見られる。	ランク III a に同じ
IV	日常生活に支障を来たすような症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁に見られ、常に介護を必要とする。	ランク III a に同じ
M	著しい精神症状や問題行動あるいは重篤な身体疾患が見られ、専門医療を必要とする。	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

出典:「「認知症老人高齢者の日常生活自立度判定基準」の活用について」(平成5年10月26日
老健第135号厚生省老人保健福祉局長通知)

身体状況・日常生活動作 チェック票

ご入居希望者(ご本人様)氏名:

※ あてはまるものに○を付けて下さい。

血液型	RH (+ ・ -) A ・ B ・ O ・ AB	
意思の疎通	1.できる 3.ほとんど出来ない	2.出来る時もある 4.全く出来ない
言語	1.普通 3.聞き取れない	2.聞き取りにくい 4.全く話せない
視力	1.普通 3.人や物の動きが分かる	2.見えにくいが生活に支障がない 4.全く見えない(右・左)(眼鏡 有り・無し)
聴力	1.普通 3.聞こえるが理解できない	2.大きな声なら聞こえる(右側・左側) 4.聞こえない(補聴器 有り ・ 無し)
睡眠	1.普通 3.不眠	2.眠りが浅い 4.睡眠薬を服用している
皮膚の現状	1.皮膚疾患(有:処置の内容や病名を空欄に記入・無) 2.褥瘡(有:部位や処置の内容を空欄に記入・無) 3.痛み(有:部位等を空欄に記入)・無 4.受診の必要性(有:空欄に詳しく記入・無)	
特別な医療	・点滴 ・中心静脈栄養 ・透析 ・人工肛門 ・酸素療法 ・人工呼吸器 ・気管切開 ・疼痛管理 ・経管栄養 ・モニター測定 ・尿管カテーテル ・インスリン ・その他()・特になし	
寝返り	1.自立 3.一部介助	2.時間をかければ自分でできる 4.全介助
起き上がり	1.自立 3.一部介助	2.柵や手すりなど使えば出来る 4.全介助
座位	1.出来る 3.支えがあり40分位ならできる	2.支えや背もたれがあればできる 4.出来ない
立位	1.一人で立てる 3.支えがあり短時間なら立てる	2.支えがあれば立てる 4.立ってられない
歩行移動 (複数回答有)	1.自分で歩ける 3.見守りや声掛け 7.車椅子を使用 (自走できる ・ 見守りや声掛け ・ 一部介助 ・ 自走できない)	
	2.杖・手すり・シルバーカー・歩行器等を使用して一人で歩ける 4.限られた範囲 _____ m位 5.歩けない 6.這って移動できる	
活動	1.外出できる 3.車椅子に座っている事が多い	2.家の中なら歩くなどの移動が出来る 4.寝たきり 5.ほとんど寝たきり
麻痺	(無 ・ 有(	
硬縮	(無 ・ 有(	

食事	主食：常食・粥・ミキサー 副食：常食・一口大(約3cm四方位)・刻み(5mm～1cm)・ごく刻み(5mm以下)・ミキサー						
食べ方	1.自分でできる 2.声掛け、見守りをすれば食べられる 3.一部介助が必要 4.工夫すれば出来る 5.時間がかかるが自分でできる 6.全て介助が必要						
	1.箸 2.スプーン 3.フォーク 4.自助具()						
利き手	1.右手 2.左手						
食べこぼし	1.無 2.有 3.エプロン使用						
食事に係る時間	およそ 分						
平均摂取量	約 割						
飲み込みの状態	1.良い 2.普通 3.時々喉につかえる						
	4.飲み込みは悪い(喉につかえる事が多い) 5.トロミを使っている(水分・固形物) 6.その他()						
入れ歯	1.無 2.有(全部・部分[上・下]・あるが使用していない) 3.その他()						
食事の制限 アレルギー	1.制限なし 2.カロリー制限(cal) 3.塩分制限(g)						
	4.アレルギーがある() 5.嗜好(嫌いな物:)						
パンツ・オムツ等	1.布パンツ 2.布パンツにパット使用 3.リハビリパンツ(S・M・L・LL・その他()) 4.リハビリパンツにパット使用 5.紙おむつ(常時・夜間のみ)						
排泄方法	1.トイレ 2.ベット上 3.ポータブルトイレ 4.尿瓶使用 5.バルーンカテーテル 6.自己導尿 7.人工肛門(ストーマ)						
排泄	日中	自立見守り：	時々失禁する が自分でできる	時間で誘導 声掛け	一部介助	全介助	その他
排泄	夜間	自立見守り：	時々失禁する が自分でできる	時間で誘導 声掛け	一部介助	全介助	その他
排泄	尿意(有・時々・無・不明) 排尿の回数 回/日 便意(有・時々・無・不明) 便秘(無・有) 対応方法(下剤・浣腸・座薬・その他()) 排便の間隔(毎日・1日置き・その他())						
入浴	1.自立 2.見守り 3.時間をかければ自分でできる 4.一部介助(洗体・洗髪) 5.全介助 1.一般浴 2.シャワー浴 3.中間浴 4.特浴 5.お風呂は好き 6.ふつう 7.嫌い 8.現在の入浴回数(回/週)						
更衣	1.自立 2.着替えを用意すれば自分でできる 3.見守り又は声掛けが必要 4.一部介助(ボタン・靴下・ズボン・シャツ) 5.全介助						
歯磨き	1.自分でできる 2.物品準備すれば自分でできる 3.全介助						
うがい	1.自分でできる 2.時間をかければ自分でできる 3.一部介助() 4.全介助						
洗面	1.自分でできる 2.時間をかければ自分でできる 3.一部介助() 4.全介助						

申し込み状況調査

家族状況	氏名	続柄	TEL	
居宅介護 支援事業所	TEL() -		担当 ケア マネージャー	
サービスの 利用状況				

入居判定に関する個人情報使用同意書

特別養護老人ホームグリーンライフ・ネクステ 施設長 様

私（入居希望者）に関する介護サービス利用等に関する基本情報及び主たる
介護支援専門員等から得る情報について、貴施設が下記の必要範囲内において
使用することに同意します。

記

1. 貴施設の入居判定を円滑に実施するために行う入居判定委員会において、
必要審査資料として使用する場合
2. 市内特別養護老人ホームを重複して申込みしている場合において、各施
設における情報の正確性を保つために使用する場合

令和 年 月 日

入居希望者 住所

氏名 ⑩

希望者家族 住所

（代理人）

氏名 ⑩

(1)施設サービス利用料／食費／居住費(ユニット型個室)

令和6年8月現在

介護度	負担限度	日額料金 概算					月額料金 概算 (30日分)		
		施設サービス利用料			食費 (*)	居住費 (*)			
		1割負担	2割負担	3割負担			1割負担	2割負担	3割負担
要介護1 (特例)	1段階	701円	—	—	300円	880円	56,430円	—	—
	2段階	701円	—	—	390円	880円	59,130円	—	—
	3段階①	701円	—	—	650円	1,370円	81,630円	—	—
	3段階②	701円	—	—	1,360円	1,370円	102,930円	—	—
	4段階	701円	1,401円	2,103円	1,600円	2,300円	138,030円	159,030円	180,090円
要介護2 (特例)	1段階	774円	—	—	300円	880円	58,620円	—	—
	2段階	774円	—	—	390円	880円	61,320円	—	—
	3段階①	774円	—	—	650円	1,370円	83,820円	—	—
	3段階②	774円	—	—	1,360円	1,370円	105,120円	—	—
	4段階	774円	1,547円	2,320円	1,600円	2,300円	140,220円	163,410円	186,600円
要介護3	1段階	852円	—	—	300円	880円	60,960円	—	—
	2段階	852円	—	—	390円	880円	63,660円	—	—
	3段階①	852円	—	—	650円	1,370円	86,160円	—	—
	3段階②	852円	—	—	1,360円	1,370円	107,460円	—	—
	4段階	852円	1,704円	2,555円	1,600円	2,300円	142,560円	168,120円	193,650円
要介護4	1段階	926円	—	—	300円	880円	63,180円	—	—
	2段階	926円	—	—	390円	880円	65,880円	—	—
	3段階①	926円	—	—	650円	1,370円	88,380円	—	—
	3段階②	926円	—	—	1,360円	1,370円	109,680円	—	—
	4段階	926円	1,852円	2,778円	1,600円	2,300円	144,780円	172,560円	200,340円
要介護5	1段階	998円	—	—	300円	880円	65,340円	—	—
	2段階	998円	—	—	390円	880円	68,040円	—	—
	3段階①	998円	—	—	650円	1,370円	90,540円	—	—
	3段階②	998円			1,360円	1,370円	111,840円	—	—
	4段階	998円	1,996円	2,913円	1,600円	2,300円	146,940円	176,880円	204,390円

施設サービス費は基本単位数に、
介護報酬単価所在地が市原市にあることで地域区分単価1単位10.45%を掛けたものになります。

※食費及び居住費は市民税の課税状況により限度額認定を受けられる場合があります。

認定を受けた方は、介護保険負担限度額認定証に記載された日額となります。

負担限度額認定証については、お住いの市へご相談下さい。

月額料金に加算とその他の料金が足し、月額料金におおよそ+1万～2万円が月々のお支払いとなります。

(2)介護保険給付対象サービス加算 費用

令和6年8月現在

地域単価(%)

市原市 10.45

加算(減算)項目	回数	単位	日額料金 概算			月額料金 概算 (30日分)			備考
			1割負担	2割負担	3割負担	1割負担	2割負担	3割負担	
初期加算	/日	30	31円	62円	94円	940円	1881円	2821円	新規入所及び30日以上入院後の再入所に対して算定。(30日間を限度)
日常生活継続支援加算(Ⅰ)	/日	36	37円	75円	112円	1128円	2257円	3385円	認知症高齢者が一定の割合入所しており、介護福祉士が一定の割合以上の配置をしている場合
日常生活継続支援加算(Ⅱ)	/日	46	48円	96円	144円	1442円	2884円	4326円	
高齢者施設等感染対策向上加算(Ⅰ)	/月	10	-円	-円	-円	10円	20円	31円	新興感染症の発生時等の対応を行う体制を確保、協力医療機関との連携を構築している場合
高齢者施設等感染対策向上加算(Ⅱ)	/月	5	-円	-円	-円	5円	10円	15円	
新興感染症等施設療養費	/日	240	250円	501円	752円	7524円	15048円	22572円	月5日限度
生産性向上推進体制加算(Ⅰ)	/月	100	-円	-円	-円	104円	209円	313円	利用者の安全、介護サービスの質の確保、職員の負担軽減に向けた方策を検討する委員会を開催。1月につき。
生産性向上推進体制加算(Ⅱ)	/月	10	-円	-円	-円	10円	20円	31円	
サービス提供体制強化加算(Ⅰ)	/日	22	22円	45円	68円	689円	1379円	2069円	介護福祉士が一定以上、もしくは一定以上の常勤職員または勤続年数者がいる場合
サービス提供体制強化加算(Ⅱ)	/日	18	18円	37円	56円	564円	1128円	1692円	
サービス提供体制強化加算(Ⅲ)	/日	6	6円	12円	18円	188円	376円	564円	
看護体制加算(Ⅰ)口	/日	4	4円	8円	12円	125円	250円	376円	常勤看護師を1名以上配置している場合
看護体制加算(Ⅱ)口	/日	8	8円	16円	25円	250円	501円	752円	基準を上回る看護師を配置しており、24時間の連絡体制を確保している場合
夜勤職員配置加算(Ⅱ)口	/日	18	18円	37円	56円	564円	1128円	1692円	基準を上回る夜勤職員を配置している場合
夜勤職員配置加算(Ⅳ)口	/日	21	21円	43円	65円	658円	1316円	1975円	
退所前訪問相談援助加算	/回	460	480円	961円	1442円	-円	-円	-円	入居期間が1カ月以上の入居者の退所に先立ち、施設専門職が退居後生活する居宅を訪問し相談支援をした場合。退所後1回のみ
退所後訪問相談援助加算	/回	460	480円	961円	1442円	-円	-円	-円	退居後30日以内に居宅に訪問して相談支援をした場合
退所時相談援助加算	/回	400	418円	836円	1254円	-円	-円	-円	入居期間が1カ月以上の入居者の退所に先立ち、他機関と連携しながら、相談支援を行った場合。1回に限る
退所前連携加算	/回	500	522円	1045円	1567円	-円	-円	-円	退居に先立ち、退去者の希望する在宅の介護支援専門員と情報共有をした場合。1回に限る
退所時情報提供加算(Ⅱ)	/回	250	261円	522円	783円	-円	-円	-円	入居者が退所し医療機関に入院し、入院先の医療機関へ情報共有をした場合 1回に限る

協力医療機関連携加算	/月	100	－円	－円	－円	104円	209円	313円	(1)相談・診療を行う体制を常時確保し、緊急時に入院を受け入れる体制を確保している協力医療機関と連携している場合。1月につき
協力医療機関連携加算	/月	5	－円	－円	－円	5円	10円	15円	(2)上記以外の協力医療機関と連携している場合
栄養マネジメント強化加算	/日	11	11円	22円	34円	344円	689円	1034円	管理栄養士を配置し、栄養ケア計画の策定を行った場合
個別機能訓練加算(Ⅰ)	/日	12	12円	25円	37円	376円	752円	1128円	個別的な機能訓練を行った場合（該当者のみ）
個別機能訓練加算(Ⅱ)	/月	20	－円	－円	－円	20円	41円	62円	
個別機能訓練加算(Ⅲ)	/月	20	－円	－円	－円	20円	41円	62円	
生活機能向上連携加算(Ⅰ)	/月	100	－円	－円	－円	104円	209円	313円	外部との連携により、利用者の身体状況の評価を行い、かつ個別機能訓練計画書を作成する
生活機能向上連携加算(Ⅱ)	/月	200	－円	－円	－円	209円	418円	627円	
ADL維持加算(Ⅰ)	/月	30	－円	－円	－円	31円	62円	94円	リハビリ専門職や医師が事業所等を訪問し、共同でアセスメントを行い、個別機能訓練計画等を作成する場合
ADL維持加算(Ⅱ)	/月	60	－円	－円	－円	62円	125円	188円	
外泊時費用	/日	246	257円	514円	771円	7712円	15424円	23136円	外泊当日及び終了日を除き月6日上限に算定（月を跨ぐ場合最大12日上限）
外泊時在宅サービス利用費用	/日	560	585円	1170円	1755円	17556円	35112円	52668円	入所者に対して居宅における外泊を認め、当該入所者が施設により提供される在宅サービスを利用した場合。
療養食加算	/日	18	18円	37円	56円	564円	1128円	1692円	医師の食事箋に基づく療養食が提供された場合
退所時栄養情報連携加算	/月	70	－円	－円	－円	73円	146円	219円	管理栄養士が、対処先の医療機関等に対して、当該者の栄養管理に関する情報を提供する。1回程度。
再入所時栄養連携加算	/回	200	209円	418円	627円	-円	-円	-円	医療機関に入院し、施設入所時と異なる栄養管理が必要な場合に施設の管理栄養士と連携して、再入所後の栄養管理の調整を行う場合
経口移行加算	/日	28	29円	58円	87円	877円	1755円	2633円	医師等の指示に基づき、多職種で連携し経管により食事を摂取している、入居者ごとに経口による食事の摂取を進めるため経口移行計画を作成している場合（180日を限度）
経口維持加算(Ⅰ)	/月	400	－円	－円	－円	418円	836円	1254円	医師等の指示に基づき、多職種で観察及び会議等を行い、経口維持計画を作成して栄養管理が実施されている場合

経口維持加算(Ⅱ)	/月	100	－円	－円	－円	104円	209円	313円	経口維持加算(Ⅰ)を算定している場合であって、食事の観察及び会議等に医師等が加わった場合(6カ月限度)
口腔衛生管理加算(Ⅰ)	/月	90	－円	－円	－円	94円	188円	282円	歯科医師が介護職に口腔ケアに関する技術指導を行った場合
口腔衛生管理加算(Ⅱ)	/月	110	－円	－円	－円	114円	229円	344円	
排泄支援加算(Ⅰ)	/月	10	－円	－円	－円	10円	20円	31円	排泄に介護を要する入居者に対し、多職種が協働して支援計画を作成し支援をした場合
排泄支援加算(Ⅱ)	/月	15	－円	－円	－円	15円	31円	47円	
排泄支援加算(Ⅲ)	/月	20	－円	－円	－円	20円	41円	62円	
褥瘡ケアマネジメント加算(Ⅰ)	/月	3	－円	－円	－円	3円	6円	9円	国の指標に基づいた評価を行い、褥瘡のリスクを計画的に管理する場合
褥瘡ケアマネジメント加算(Ⅱ)	/月	13	－円	－円	－円	13円	27円	40円	
自立支援促進加算	/月	280	－円	－円	－円	292円	585円	877円	継続的に入居者の自立支援を行った場合
科学的介護推進体制加算(Ⅰ)	/月	40	－円	－円	－円	41円	83円	125円	入居者に対し、指定介護福祉施設サービスを行った場合
科学的介護推進体制加算(Ⅱ)	/月	50	－円	－円	－円	52円	104円	156円	
認知症専門ケア加算(Ⅰ)	/日	3	3円	6円	9円	94円	188円	282円	認知症ケア専門スタッフを一定以上配置した場合
認知症専門ケア加算(Ⅱ)	/日	4	4円	8円	12円	125円	250円	376円	
認知症チームケア推進加算(Ⅰ)	/月	150	－円	－円	－円	156円	313円	470円	入所者総数の内、認知症の占める割合が1/2以上、認知症に関する研修、定期的な評価・見直しをしている場合
認知症チームケア推進加算(Ⅱ)	/月	120	－円	－円	－円	125円	250円	376円	
認知症行動・心理症状救急対応加算	/日	200	209円	418円	627円	6270円	12540円	18810円	認知症の行動や症状が出現し緊急に施設介護が必要と医師が認め、介護支援専門員や事業所等と連携し施設介護を開始した場合
若年性認知症受入加算	/日	120	125円	250円	376円	3762円	7524円	11286円	若年性認知症の方を対象にサービスを提供した場合
障害者生活支援体制加算(Ⅰ)	/日	26	27円	54円	81円	815円	1630円	2445円	重度の視覚・聴覚・言語機能障害者、知的障害者が15人以上入所する施設で常勤専従の障害者生活支援員を配置している場合、入所者全員に加算
障害者生活支援体制加算(Ⅱ)	/日	41	42円	85円	128円	1285円	2570円	3856円	
安全対策体制加算	/回	20	20円	41円	62円	-円	-円	-円	組織的に安全対策を実施する体制が整っている場合(入所時1回)
特別通院送迎加算	/月	594	－円	－円	－円	620円	1241円	1862円	透析を要する入所者、1月に12回以上、通院のため送迎を行った場合

配置医師緊急時対応加算(早朝・夜間、深夜以外)	/月	325	－円	－円	－円	339円	679円	1018円	配置医師が、勤務時間外に緊急的に施設に訪問し対応した場合 (看護体制Ⅱを算定している場合)
配置医師緊急時対応加算(早朝・夜間)	/月	650	－円	－円	－円	679円	1358円	2037円	
配置医師緊急時対応加算(深夜)	/月	1300	－円	－円	－円	1358円	2717円	4075円	
常勤医師加算	/日	25	26円	52円	78円	783円	1567円	2351円	常勤の医師を配置した場合
精神科医師定期的診療指導加算	/日	5	5円	10円	15円	156円	313円	470円	1/3の入所者が認知症であり、精神科医師による定期的な療養指導が月2回以上行われている場合
看取り介護加算(Ⅰ)(45～31日)	/日	72	75円	150円	225円	2257円	4514円	6771円	利用者について看取り介護を行った場合
看取り介護加算(Ⅰ)(30～4日)	/日	144	150円	300円	451円	4514円	9028円	13543円	
看取り介護加算(Ⅰ)(3～2日)	/日	680	710円	1421円	2131円	21318円	42636円	63954円	
看取り介護加算(Ⅰ)(当日)	/日	1280	1337円	2675円	4012円	40128円	80256円	120384円	
在宅復帰支援機能加算	/日	10	10円	20円	31円	313円	627円	940円	対象者が在宅生活を継続できるように、在宅の介護支援専門員へ情報共有する場合
在宅入所相互利用加算	/日	40	41円	83円	125円	1254円	2508円	3762円	対象者が在宅生活を継続できるように、在宅の介護支援専門員へ情報共有する場合
介護職員等処遇改善加算(Ⅰ)	/月	総単位×13.6%							すべての合計単位数に13.6%加算

※一定以上の所得がある方は介護サービス費用・加算費用が1割負担から2割負担・3割負担に変更になることがありますので、ご確認ください。
施設サービス費は基本単位数に、介護報酬単価所在地が市原市にあることで地域区分単価1単位10,45%を掛けたものになります。

ショートステイ利用申込書（身体及び家族状況確認表） 申込日：令和 年 月 日

ご利用者	ふりがな			男・女 様	生年月日	明治 年 月 日	
	氏名					大正 年 月 日	
	介護認定		要支援 1・2		要介護 1・2・3・4・5		申請中
	被保険者番号				認定年月日	令和 年 月 日	
	認定の有効期間		令和 年 月 日		～ 令和 年 月 日		
	負担限度額認定		段階	負担割合	割	保険者	
	ご住所	〒					
		電話番号 () -					
家族状況	氏名		続柄	同居・別居	緊急連絡先TEL		
	①			同居・別居	(自宅)	(携帯)	
	②			同居・別居	(自宅)	(携帯)	
	③			同居・別居	(自宅)	(携帯)	
申し込み理由							
かかりつけ医	病院名			主治医		TEL	
緊急時希望病院	①		②		③		□特になし
現病・既往歴							
皮膚疾患	☐ 有り ☐ 無し		(内容)				
感染症	☐ 有り ☐ 無し		(内容)				
アレルギー	☐ 有り ☐ 無し		(内容)				
内服薬	朝(食前・食後)		昼(食前・食後)		夕(食前・食後)		眠前
目薬	☐ 有り ☐ 無し		(内容)				
外用薬	☐ 有り ☐ 無し		(内容)				
その他(屯用等)	☐ 有り ☐ 無し		(内容)				
居宅介護 支援事業所	TEL () -				担当 ケアマネー ジャー		
サービスの 利用状況							
在宅での 生活状況							

(1)施設サービス利用料／食費／居住費(ユニット型個室)

令和6年8月現在

介護度	負担限度	日額料金 概算					月額料金 概算 (30日分)		
		施設サービス利用料			食費 (*)	居住費 (*)	1割負担	2割負担	3割負担
		1割負担	2割負担	3割負担					
要介護1	1段階	742円	—	—	300円	880円	57,681円	—	—
	2段階	742円	—	—	600円	880円	60,381円	—	—
	3段階①	742円	—	—	1,000円	1,370円	82,881円	—	—
	3段階②	742円	—	—	1,300円	1,370円	104,181円	—	—
	4段階	742円	1,485円	2,228円	1,600円	2,300円	139,281円	161,563円	183,844円
要介護2	1段階	814円	—	—	300円	880円	59,833円	—	—
	2段階	814円	—	—	600円	880円	62,533円	—	—
	3段階①	814円	—	—	1,000円	1,370円	85,033円	—	—
	3段階②	814円	—	—	1,300円	1,370円	106,333円	—	—
	4段階	814円	1,628円	2,443円	1,600円	2,300円	141,433円	165,867円	190,301円
要介護3	1段階	893円	—	—	300円	880円	62,207円	—	—
	2段階	893円	—	—	600円	880円	64,907円	—	—
	3段階①	893円	—	—	1,000円	1,370円	87,407円	—	—
	3段階②	893円	—	—	1,300円	1,370円	108,707円	—	—
	4段階	893円	1,787円	2,680円	1,600円	2,300円	143,807円	170,615円	197,422円
要介護4	1段階	968円	—	—	300円	880円	64,454円	—	—
	2段階	968円	—	—	600円	880円	67,154円	—	—
	3段階①	968円	—	—	1,000円	1,370円	89,654円	—	—
	3段階②	968円	—	—	1,300円	1,370円	110,954円	—	—
	4段階	968円	1,937円	2,905円	1,600円	2,300円	146,054円	175,109円	204,164円
要介護5	1段階	1,041円	—	—	300円	880円	66,638円	—	—
	2段階	1,041円	—	—	600円	880円	69,338円	—	—
	3段階①	1,041円	—	—	1,000円	1,370円	91,838円	—	—
	3段階②	1,041円	—	—	1,300円	1,370円	113,138円	—	—
	4段階	1,041円	2,082円	3,123円	1,600円	2,300円	148,238円	179,477円	210,715円

(1)施設サービス利用料／食費／居住費(ユニット型個室)

令和6年8月現在

介護度	負担限度	日額料金 概算 (連続利用61日目以降～)					月額料金 概算 (30日分)		
		施設サービス利用料			食費 (*)	居住費 (*)	1割負担	2割負担	3割負担
		1割負担	2割負担	3割負担					
要介護1	1段階	706円	—	—	300円	880円	56,605円	—	—
	2段階	706円	—	—	600円	880円	65,605円	—	—
	3段階①	706円	—	—	1,000円	1,370円	92,305円	—	—
	3段階②	706円	—	—	1,300円	1,370円	101,305円	—	—
	4段階	706円	1,413円	2,120円	1,600円	2,300円	138,205円	159,411円	180,616円
要介護2	1段階	780円	—	—	300円	880円	58,821円		
	2段階	780円	—	—	600円	880円	67,821円	—	—
	3段階①	780円	—	—	1,000円	1,370円	94,521円	—	—
	3段階②	780円	—	—	1,300円	1,370円	103,521円	—	—
	4段階	780円	1,561円	2,342円	1,600円	2,300円	140,421円	163,842円	187,263円
要介護3	1段階	859円	—	—	300円	880円	61,194円		
	2段階	859円	—	—	600円	880円	70,194円	—	—
	3段階①	859円	—	—	1,000円	1,370円	96,894円	—	—
	3段階②	859円	—	—	1,300円	1,370円	105,894円	—	—
	4段階	859円	1,719円	2,579円	1,600円	2,300円	142,794円	168,589円	194,384円
要介護4	1段階	934円	—	—	300円	880円	63,441円		
	2段階	934円	—	—	600円	880円	72,441円	—	—
	3段階①	934円	—	—	1,000円	1,370円	99,141円	—	—
	3段階②	934円	—	—	1,300円	1,370円	108,141円	—	—
	4段階	934円	1,869円	2,804円	1,600円	2,300円	145,041円	173,083円	201,125円
要介護5	1段階	1,007円	—	—	300円	880円	65,625円		
	2段階	1,007円	—	—	600円	880円	74,625円	—	—
	3段階①	1,007円	—	—	1,000円	1,370円	101,325円	—	—
	3段階②	1,007円	—	—	1,300円	1,370円	110,325円	—	—
	4段階	1,007円	2,015円	3,022円	1,600円	2,300円	147,225円	177,451円	207,677円

(1)施設サービス利用料／食費／居住費(ユニット型個室)

令和6年8月現在

介護度	負担限度	日額料金 概算					日額料金合計 概算 (1日分)		
		施設サービス利用料			食費 (*)	居住費 (*)	1割負担	2割負担	3割負担
		1割負担	2割負担	3割負担					
要支援1	1 段階	558円	—	—	300円	880円	1,738円	—	—
	2 段階	558円	—	—	600円	880円	2,038円	—	—
	3 段階①	558円	—	—	1,000円	1,370円	2,928円	—	—
	3 段階②	558円	—	—	1,300円	1,370円	3,228円	—	—
	4 段階	558円	1,116円	1,674円	1,600円	2,300円	4,458円	5,016円	5,574円
要支援2	1 段階	692円	—	—	300円	880円	1,872円	—	—
	2 段階	692円	—	—	600円	880円	2,172円	—	—
	3 段階①	692円	—	—	1,000円	1,370円	3,062円	—	—
	3 段階②	692円	—	—	1,300円	1,370円	3,362円	—	—
	4 段階	692円	1,384円	2,076円	1,600円	2,300円	4,592円	5,284円	5,976円

施設サービス費は基本単位数に、
介護報酬単価所在地が市原市にあることで地域区分単価1単位10.55%を掛けたものになります。

※食費及び居住費は市民税の課税状況により限度額認定を受けられる場合があります。
認定を受けた方は、介護保険負担限度額認定証に記載された日額となります。
負担限度額認定証については、お住いの市へご相談下さい。
月額料金に加算とその他の料金が足し、月額料金におおよそ+1万～2万円が月々のお支払いとなります。

ショートステイ グリーンライフ・ネクステ 利用料金表
(2)介護保険給付対象サービス加算 費用

1
令和6年8月現在
市原市 10.55

加算(減算)項目	回数	単位	地域単価(%) 日額料金 概算			備考
			1割負担	2割負担	3割負担	
機能訓練体制加算	/日	12	12円	25円	37円	
個別機能訓練加算	/日	56	59円	118円	177円	
夜勤職員配置加算(Ⅱ)	/日	18	18円	37円	56円	
夜勤職員配置加算(Ⅳ)	/日	20	21円	42円	63円	
送迎加算	/回	184	194円	388円	582円	
療養食加算	/回	8	8円	16円	25円	1日に3回を限度
若年性認知症利用者受入加算	/日	120	126円	253円	379円	
認知症行動・ 心理症状緊急対応加算	/日	200	211円	422円	633円	7日間限度
認知症専門ケア加算(Ⅰ)	/日	3	3円	6円	9円	
認知症専門ケア加算(Ⅱ)	/日	4	4円	8円	12円	
緊急短期入所受入加算	/日	90	94円	189円	284円	7日(やむを得ない場合14日)限度
長期利用者提供減算	/日	-30	-32円	-64円	-95円	
看護体制加算(Ⅰ)	/日	4	4円	8円	12円	
看護体制加算(Ⅱ)	/日	8	8円	16円	25円	
看護体制加算(Ⅲ)1	/日	12	12円	25円	37円	利用定員29人以下
看護体制加算(Ⅳ)1	/日	23	24円	48円	72円	利用定員29人以下
医療連携強化加算	/日	58	61円	122円	183円	
看取り連携体制加算	/日	64	67円	135円	202円	死亡日及び死亡日以前30以内に限り
口腔連携強化加算	/月	50	52円	105円	158円	
在宅中重度受入加算1	/日	421	444円	888円	1332円	
在宅中重度受入加算2	/日	417	439円	879円	1319円	
在宅中重度受入加算3	/日	413	435円	871円	1307円	
在宅中重度受入加算4	/日	425	448円	896円	1345円	
生産性向上推進体制加算(Ⅰ)	/月	100	105円	211円	316円	
生産性向上推進体制加算(Ⅱ)	/月	10	10円	21円	31円	
サービス提供体制強化加算(Ⅰ)	/日	22	23円	46円	69円	
サービス提供体制強化加算(Ⅱ)	/日	18	18円	37円	56円	
サービス提供体制強化加算(Ⅲ)	/日	6	6円	12円	18円	
生活機能向上連携加算(Ⅰ)	/月	100	105円	211円	316円	
生活機能向上連携加算(Ⅱ)1	/月	200	211円	422円	633円	
生活機能向上連携加算(Ⅱ)2	/日	100	105円	211円	316円	個別機能訓練加算を算定している場合
介護職員等処遇改善加算(Ⅰ)	/月	総単位×14.0%				すべての合計単位数に14.0%加算
介護職員等処遇改善加算(Ⅱ)	/月	総単位×13.6%				すべての合計単位数に13.6%加算

※一定以上の所得がある方は介護サービス費用・加算費用が1割負担から2割負担・3割負担に変更になることがありますので、ご確認ください。

施設サービス費は基本単位数に、介護報酬単価所在地が市原市にあることで地域区分単価1単位10.55%を掛けたものになります。

デイサービス利用申込書

申込日: 令和 年 月 日

利用者 情報	フリガナ		男 ・ 女	生年 月日	明治	年	月	日	
	氏名				大正				
		昭和							
								(歳)	
	住所	〒							
	世帯	同居 ・ 同居(日中独居) ・ 高齢者世帯 ・ 独居 ・ 介護者世帯							
	保険者番号		被保険者番号						
	介護区分	要介護() 要支援() 申請中 ・ 区変中							
	認定年月日:					負担割合 (1 ・ 2 ・ 3 割)			
認定有効期間: R. 年 月 日 ~ R. 年 月 日									
家族	氏名	続柄	連絡先						
介護 事業所	事業所名	〒							
	TEL: ()	FAX: ()							
事業所番号:		担当ケアマネージャー:							
かかりつけの病院	病院名: 主治医: TEL ()								
疾患など	既往歴		希望開始日	R 年 月 日					
			利用希望日[月 火 水 木 金 土] 週 回						
			送迎	通常 ・ 車いす (特記:)					
感染症	無 ・ 有 ⇒ ()		入浴希望: 有 ・ 無						
食事	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助 ()		[一般 ・ 個浴 ・ 機械浴 ・ シャワー浴]						
	形態: 常食・おかゆ・刻み・ミキサー・とろみ		処置: 有 ・ 無						
移動	手段: 独歩 ・ 杖 ・ 歩行器 ・ 車いす		処置内容:						
	[自立 ・ 一部介助 ・ 見守り ・ 全介助]		入浴	自立 ・ 見守り ・ 一部介助 ・ 全介助					
排泄	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助		認知症状	無 ・ 有 [軽 ・ 中 ・ 重]					
	尿意・便意: 無 ・ 有		意思疎通	問題ない ・ やや困難 ・ 困難					
	使用: 無・有⇒(おむつ・リハパン・パット)		(手段・用具)	()					
形態: トイレ ・ ポータブル ・ パルーン ・ 人工肛門 ・ 尿器		その他()							



デイサービス グリーンライフ・ネクステ

【指定事業者番号: 127240 3633 】

TEL: 0436-37-7703

fax: 0436-37-7705

(担当: 鎌滝・矢口)

(1) サービス提供時間 通常規模 7時間以上8時間未満

		施設サービス利用料			食費 (1日)
		1割負担	2割負担	3割負担	
要介護1	/日	687円	1,375円	2,062円	650円
要介護2	/日	811円	1,623円	2,435円	650円
要介護3	/日	940円	1,881円	2,821円	650円
要介護4	/日	1,069円	2,138円	3,207円	650円
要介護5	/日	1,199円	2,399円	3,598円	650円

*施設サービス費は基本単位数に、
介護報酬単価所在地が市原市にあることで地域区分単価1単位10.45%を掛けたものになります。

(2) 総合事業

介護度	居住地 (地域単価)	日額料金 概算				
			施設サービス利用料			食費
			1割負担	2割負担	3割負担	
要支援1	市原市 (10.45)	/月 (月4回以上)	1,878円	3,757円	5,636円	利用回数×650円
		/日 (日割)	61円	123円	184円	利用回数×650円
		/回 (月3回以下)	455円	911円	1,366円	利用回数×650円
要支援2	市原市 (10.45)	/月 (月8回以上)	3,783円	7,567円	11,351円	利用回数×650円
		/日 (日割)	124円	248円	373円	利用回数×650円
		/回 (月7回以下)	467円	934円	1,401円	利用回数×650円

*施設サービス費は基本単位数に、介護報酬単価所在地が市原市にあることで地域区分単価1単位10.45%を掛けたものになります。
月額料金に加算とその他の料金が足し、月額料金におおよそ+1万～2万円が月々のお支払いとなります。

*負担割合について

市町村より送付される介護保険負担割合証の提示が必要です。
一定以上の所得がある方は介護サービス費用・加算費用が1割負担から2割負担・3割負担に変更になることがありますので、ご確認ください。

加算(減算)項目	回数	単位	日額料金 概算			備考
			1割負担	2割負担	3割負担	
入浴介助加算Ⅰ	/日	40	41円	83円	125円	
サービス提供体制加算Ⅰ	/日	22	22円	45円	68円	
サービス提供体制加算Ⅱ	/日	18	18円	37円	56円	
サービス提供体制加算Ⅲ	/日	6	6円	12円	18円	
科学的介護推進体制加算	/月	40	41円	83円	125円	
個別機能訓練加算Ⅰ 1	/日	56	58円	117円	175円	
個別機能訓練加算Ⅰ 2	/日	76	79円	158円	238円	
個別機能訓練加算Ⅱ	/月	20	20円	41円	62円	
口腔栄養スクリーニング加算Ⅰ	/回	20	20円	41円	62円	6カ月に1回
口腔栄養スクリーニング加算Ⅱ	/回	200	209円	418円	627円	6カ月に1回
口腔機能向上加算Ⅰ	/回	150	156円	313円	470円	
口腔機能向上加算Ⅱ	/回	160	167円	334円	501円	
栄養アセスメント加算	/月	50	52円	104円	156円	
栄養改善加算	/回	200	209円	418円	627円	月2回
中重度者ケア体制加算	/日	45	47円	94円	141円	
感染症災害加算	/月	基本報酬×3.0%				すべての合計単位数に14.0%加算
介護職員処遇改善加算Ⅱ	/月	総単位×9.2%				すべての合計単位数に13.6%加算

※一定以上の所得がある方は介護サービス費用・加算費用が1割負担から2割負担・3割負担に変更になることがありますので、ご確認ください。

施設サービス費は基本単位数に、介護報酬単価所在地が市原市にあることで地域区分単価1単位10.45%を掛けたものになります。