

平成30年8月1日現在

特別養護老人ホーム 福寿荘 短期入所料金表

- ◆別添のとおり、利用料を介護保険負担割合の1割の方、2割の方それぞれ別の表で示しています。
- ◆それぞれの表は、1日で計算しており、一応の目安となります。
- ◆周南市の地域区分は7級地ですので、1単位当たり10.14円の計算となります。
- ◆居住費・食費に関しては、市民税の課税状況や資産の状況に応じて4段階に区分されており、市への申請により第1段階から第3段階まで軽減措置(介護保険 負担限度額認定を交付)を受けられます。
- ◆加算の内容は、年度の途中でも変更となる場合があります。
- ◆介護保険負担割合が3割の方の利用料は、お尋ねください。

【不明な点は、福寿荘総務課までお尋ねください。☎67-2820】

福寿荘は、社会福祉法人新南陽福祉の会が運営しています。

【介護保険負担割合が1割の方】

特別養護老人ホーム 福寿荘 短期入所料金表

(単位:円)

区分	1日あたりの利用料金						居住費及び食費				1日として計算	
	基本サービス費(A)	加算(※1)(B)	小計(A)+(B)(C)	介護職員処遇改善加算I(C)×1.083(D)	小計(C)+(D)(E)	地域区分調整後(E)×1.014(F)	負担限度額(※3)	居住費(日額)(G)	食費(日額)(H)	小計(G)+(H)(I)	1日ご利用の自己負担額(目安)合計	1泊2日ご利用の自己負担額(目安)合計
要介護1	584	43	627	52	679	688	第1段階	0	300	300	988	1976
							第2段階	370	390	760	1,448	2896
							第3段階	370	650	1,020	1,708	3416
							第4段階	840	1,380	2,220	2,908	5816
要介護2	652	43	695	57	752	762	第1段階	0	300	300	1,062	2124
							第2段階	370	390	760	1,522	3044
							第3段階	370	650	1,020	1,782	3564
							第4段階	840	1,380	2,220	2,982	5964
要介護3	722	43	765	63	828	839	第1段階	0	300	300	1,139	2278
							第2段階	370	390	760	1,599	3198
							第3段階	370	650	1,020	1,859	3718
							第4段階	840	1,380	2,220	3,059	6118
要介護4	790	43	833	69	902	914	第1段階	0	300	300	1,214	2428
							第2段階	370	390	760	1,674	3348
							第3段階	370	650	1,020	1,934	3868
							第4段階	840	1,380	2,220	3,134	6268
要介護5	856	43	899	74	973	986	第1段階	0	300	300	1,286	2572
							第2段階	370	390	760	1,746	3492
							第3段階	370	650	1,020	2,006	4012
							第4段階	840	1,380	2,220	3,206	6412

※1 加算 (1割負担・1日の単価(円))

加算名称	料金
サービス提供体制加算	18
夜勤職員配置加算	13
機能訓練体制加算	12
計	43

※2 その他の加算(1割負担・1日の単価(円))

加算名称	料金	内容
送迎加算	184	送迎1回(片道分)
緊急時受入加算	90	居宅サービス計画において計画的に行う事となっていない指定短期入所生活介護を緊急に行った場合

・この加算は対象者のみの加算となります。

※3 居住費及び食費について

市高齢者支援課から介護保険負担限度額認定の交付を受けられた場合は認定証に記載された金額になります。

◆不明な点は、福寿荘総務課までお尋ねください。☎67-2820

【介護保険負担割合が2割の方】

特別養護老人ホーム 福寿荘 短期入所料金表

(単位:円)

区分	1日あたりの利用料金						居住費及び食費				1日として計算	
	基本サービス費(A)	加算(※1)(B)	小計(A)+(B)(C)	介護職員処遇改善加算I(C)×1.083(D)	小計(C)+(D)(E)	地域区分調整後(E)×1.014(F)	負担限度額(※3)	居住費(日額)(G)	食費(日額)(H)	小計(G)+(H)(I)	1日ご利用の自己負担額(目安)合計	1泊2日ご利用の自己負担額(目安)合計
要介護1	1168	43	1211	100	1311	1329	第1段階	0	300	300	1,629	3258
							第2段階	370	390	760	2,089	4178
							第3段階	370	650	1,020	2,349	4698
							第4段階	840	1,380	2,220	3,549	7098
要介護2	1304	43	1347	111	1458	1478	第1段階	0	300	300	1,778	3556
							第2段階	370	390	760	2,238	4476
							第3段階	370	650	1,020	2,498	4996
							第4段階	840	1,380	2,220	3,698	7396
要介護3	1444	43	1487	123	1610	1632	第1段階	0	300	300	1,932	3864
							第2段階	370	390	760	2,392	4784
							第3段階	370	650	1,020	2,652	5304
							第4段階	840	1,380	2,220	3,852	7704
要介護4	1580	43	1623	134	1757	1781	第1段階	0	300	300	2,081	4162
							第2段階	370	390	760	2,541	5082
							第3段階	370	650	1,020	2,801	5602
							第4段階	840	1,380	2,220	4,001	8002
要介護5	1712	43	1755	145	1900	1926	第1段階	0	300	300	2,226	4452
							第2段階	370	390	760	2,686	5372
							第3段階	370	650	1,020	2,946	5892
							第4段階	840	1,380	2,220	4,146	8292

※1 加算 (2割負担・1日の単価(円))

加算名称	料金
サービス提供体制加算	18
夜勤職員配置加算	13
機能訓練体制加算	12
計	43

※2 その他の加算(1割負担・1日の単価(円))

加算名称	料金	内容
送迎加算	184	送迎1回(片道分)
緊急時受入加算	90	居宅サービス計画において計画的に行う事となっていない指定短期入所生活介護を緊急に行った場合

・この加算は対象者のみの加算となります。

※3 居住費及び食費について

市高齢者支援課から介護保険負担限度額認定の交付を受けられた場合は認定証に記載された金額になります。

◆不明な点は、福寿荘総務課までお尋ねください。☎67-2820

平成30年8月1日現在

特別養護老人ホーム 福寿荘 料金表

- ◆別添のとおり、利用料を介護保険負担割合の1割の方、2割の方それぞれ別の表で示しています。
- ◆それぞれの表は、1カ月31日で計算しており、一応の目安となります。
- ◆周南市の地域区分は7級地ですので、1単位当たり10.14円の計算となります。
- ◆居住費・食費に関しては、市民税の課税状況や資産の状況に応じて4段階に区分されており、市への申請により第1段階から第3段階まで軽減措置(介護保険 負担限度額認定を交付)を受けられます。
- ◆加算の内容は、年度の途中でも変更となる場合があります。
- ◆介護保険負担割合が3割の方の利用料は、お尋ねください。

【不明な点は、福寿荘総務課までお尋ねください。☎67-2820】

福寿荘は、社会福祉法人新南陽福祉の会が運営しています。

【介護保険負担割合が1割の方】

特別養護老人ホーム 福寿荘 料金表

(単位:円)

区分	1日あたりの利用料金						居住費及び食費				1カ月31日として計算
	基本サービス費(A)	加算(※1)(B)	小計(A)+(B)(C)	介護職員処遇改善加算Ⅰ(C)×1.083(D)	小計(C)+(D)(E)	地域区分調整後(E)×1.014(F)	負担限度額(※3)	居住費(日額)(G)	食費(日額)(H)	小計(G)+(H)(I)	1カ月ご利用の自己負担額(目安)合計
要介護1	557	73	630	52	682	691	第1段階	0	300	300	30,721
							第2段階	370	390	760	44,981
							第3段階	370	650	1,020	53,041
							第4段階	840	1,380	2,220	90,241
要介護2	625	73	698	57	755	765	第1段階	0	300	300	33,015
							第2段階	370	390	760	47,275
							第3段階	370	650	1,020	55,335
							第4段階	840	1,380	2,220	92,535
要介護3	695	73	768	63	831	842	第1段階	0	300	300	35,402
							第2段階	370	390	760	49,662
							第3段階	370	650	1,020	57,722
							第4段階	840	1,380	2,220	94,922
要介護4	763	73	836	69	905	917	第1段階	0	300	300	37,727
							第2段階	370	390	760	51,987
							第3段階	370	650	1,020	60,047
							第4段階	840	1,380	2,220	97,247
要介護5	829	73	902	74	976	989	第1段階	0	300	300	39,959
							第2段階	370	390	760	54,219
							第3段階	370	650	1,020	62,279
							第4段階	840	1,380	2,220	99,479

※1 加算 (1割負担・1日の単価(円))

加算名称	料金
日常生活継続支援加算	36
看護体制加算Ⅰ・Ⅱ	12
夜勤職員配置加算	13
個別機能訓練加算	12
計	73

※2 その他の加算(1割負担・1日の単価(円))

加算名称	料金	内容
初期加算	36	入居日から30日に限って加算
入院・外泊時加算	8	月6日を限度として加算
療養食加算	12	医師の処方により療養食を提供したとき

・この加算は対象者のみの加算となります。

※3 居住費及び食費について

市高齢者支援課から介護保険負担限度額認定の交付を受けられた場合は認定証に記載された金額になります。

◆不明な点は、福寿荘総務課までお尋ねください。☎67-2820

【介護保険負担割合が2割の方】

特別養護老人ホーム 福寿荘 料金表

(単位:円)

区分	1日あたりの利用料金					居住費及び食費				1か月31日として計算	
	基本サービス費(A)	加算(※1)(B)	小計(A)+(B)(C)	介護職員処遇改善加算I(C)×1.083(D)	小計(C)+(D)(E)	地域区分調整後(E)×1.014(F)	負担限度額(※3)	居住費(日額)(G)	食費(日額)(H)	小計(G)+(H)(I)	1か月ご利用の自己負担額(目安)合計
要介護1	1114	146	1260	104	1364	1383	第1段階	0	300	300	52,173
							第2段階	370	390	760	66,433
							第3段階	370	650	1,020	74,493
							第4段階	840	1,380	2,220	111,693
要介護2	1250	146	1396	115	1511	1532	第1段階	0	300	300	56,792
							第2段階	370	390	760	71,052
							第3段階	370	650	1,020	79,112
							第4段階	840	1,380	2,220	116,312
要介護3	1390	146	1536	127	1663	1686	第1段階	0	300	300	61,566
							第2段階	370	390	760	75,826
							第3段階	370	650	1,020	83,886
							第4段階	840	1,380	2,220	121,086
要介護4	1526	146	1672	138	1810	1835	第1段階	0	300	300	66,185
							第2段階	370	390	760	80,445
							第3段階	370	650	1,020	88,505
							第4段階	840	1,380	2,220	125,705
要介護5	1658	146	1804	149	1953	1980	第1段階	0	300	300	70,680
							第2段階	370	390	760	84,940
							第3段階	370	650	1,020	93,000
							第4段階	840	1,380	2,220	130,200

※1 加算 (2割負担・1日の単価(円))

加算名称	料金
日常生活継続支援加算	72
看護体制加算I・II	24
夜勤職員配置加算	26
個別機能訓練加算	24
計	146

※2 その他の加算(1割負担・1日の単価(円))

加算名称	料金	内容
初期加算	72	入居日から30日に限って加算
入院・外泊時加算	16	月6日を限度として加算
療養食加算	24	医師の処方により療養食を提供したとき

・この加算は対象者のみの加算となります。

※3 居住費及び食費について

市高齢者支援課から介護保険負担限度額認定の交付を受けられた場合に認定証に記載された金額になります。

◆不明な点は、福寿荘総務課までお尋ねください。☎67-2820

福 寿 荘 入 所 申 込 書

○ 本人(申込者)記入欄(本人又は申込者をご記入ください。)

申込者連絡先	フリガナ		続柄	
	住所	〒 _____		
	電話番号		携帯	

処理状況欄	申込日	年 月 日
	受付日	年 月 日
	施設記入者名	
	担当者名	

本人の状況	フリガナ		性別	男 ・ 女
	氏名		住民登録	市 ・ 区 ・ 町 ・ 村
	現住所	〒 _____		
	生年月日	明 ・ 大 ・ 昭	年	月 日 (歳)

本人の状況	介護保険	保険者		介護負担割合証	介護負担減額認定証
		被保険者番号	_____	割負担	無 ・ 段階
	要介護認定	<input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5 <input type="checkbox"/> 申請中 (認定期間) 年 月 日 ~ 年 月 日			
	健康保険	種別		記号・番号	
	年金等	種別			
	障害手帳等	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 手帳の種類 _____ (障害名) (判定 級(度) 年 月 日)			
	介護の状況	<input type="checkbox"/> 在宅介護 (年 月 から) <input type="checkbox"/> 施設介護 (年 月 入所)			
	現在利用している居宅介護サービス	<input type="checkbox"/> 訪問介護	回/月 []		
		<input type="checkbox"/> 訪問入浴	回/月 []		
		<input type="checkbox"/> 訪問看護	回/月 []		
	<input type="checkbox"/> 訪問リハビリテーション	回/月 []			
	<input type="checkbox"/> 居宅療養管理指導	回/月 []			
	<input type="checkbox"/> 通所介護(デイサービス)	回/月 []			
	<input type="checkbox"/> 通所リハビリテーション	回/月 []			
	<input type="checkbox"/> 短期入所生活介護	回/月 []			
	<input type="checkbox"/> 短期入所療養介護	回/月 []			
	<input type="checkbox"/> 福祉用の貸与・購入費支給	回/月 []			
	<input type="checkbox"/> その他	回/月 []			

現在利用している居宅介護サービス	<input type="checkbox"/> 自宅で暮らしている	
	<input type="checkbox"/> 養護老人ホーム	<input type="checkbox"/> 軽費老人ホーム <input type="checkbox"/> 有料老人ホーム
	<input type="checkbox"/> 介護老人保健施設	<input type="checkbox"/> 介護療養型医療施設 <input type="checkbox"/> 病院
	<input type="checkbox"/> 特別養護老人ホーム	<input type="checkbox"/> 認知症高齢者グループホーム <input type="checkbox"/> その他
	病院名又は施設名	
	入所又は入院期間	年 月 日 ~ (年 月)
本人の状況 身体状況	食 事	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全部介助 (食事の種類: <input type="checkbox"/> 常食 <input type="checkbox"/> 半粥 <input type="checkbox"/>)
	排 泄	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全部介助 (おむつの使用: <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 昼夜 <input type="checkbox"/> 夜のみ)
	移 動	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全部介助 (歩行: <input type="checkbox"/> つかまり歩き <input type="checkbox"/> 杖使用 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> 寝たきり)
	入 浴	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全部介助 (浴槽: <input type="checkbox"/> 個浴 <input type="checkbox"/> リフト浴 <input type="checkbox"/> 特殊浴槽 <input type="checkbox"/> シャワー浴)
	更 衣	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全部介助
	視 力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> やや悪い <input type="checkbox"/> 人の動きがわかる程度
	聴 力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> やや悪い <input type="checkbox"/> 大声が聞き取れる
	言 語	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 聞き取りにく <input type="checkbox"/> 聞き取れない
認知症・精神の症状	認知症高齢者の日常生活自立度 <input type="checkbox"/> 痴呆なし <input type="checkbox"/> ランクI <input type="checkbox"/> ランクIIa <input type="checkbox"/> ランクIIb <input type="checkbox"/> ランクIIIa <input type="checkbox"/> ランクIIIb <input type="checkbox"/> ランクIV <input type="checkbox"/> ランクM	
	自傷行為、せん妄、徘徊、奇声。接食異常、不潔行為、攻撃的行為の行動あるいは、精神的な障害がある場合は、その状況や頻度等を具体的に記載してください。	
医療の状況	<input type="checkbox"/> カテーテル <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> インシュリン注射 <input type="checkbox"/> ストーマ(人工肛門)処置 <input type="checkbox"/> その他 ()	
	主治医	病院名 _____ 医師名 _____ 【既往歴】 _____

本人の状況	本人の入所意向	<input type="checkbox"/> 入所を希望している <input type="checkbox"/> 迷っている <input type="checkbox"/> 自宅での生活を希望 <input type="checkbox"/> 本人には知らせていない <input type="checkbox"/> 本人の意向が確認できない <input type="checkbox"/> その他 ()
	入所を希望する理由	<input type="checkbox"/> 身寄りがないなど介護する者がいない <input type="checkbox"/> 独居生活が困難である <input type="checkbox"/> 介護する者が、遠距離や入院中等により介護ができない <input type="checkbox"/> 介護する者が、要介護状態・病気療養中・障害を有するなどの状況にあり十分な介護が困難 <input type="checkbox"/> 介護する者が高齢等により将来的に十分な介護が困難 <input type="checkbox"/> 介護する者が、複数の介護や育児を行っている状況にあり、負担が大きい <input type="checkbox"/> 施設や病院等から退所を求められているが、住宅事情により自宅での介護が困難 <input type="checkbox"/> 住居構造が介護に適していないため、自宅で十分な介護が困難 <input type="checkbox"/> その他 ()
	特例入所を希望する理由 (要介護1又は2の方のみ記入)	<input type="checkbox"/> 認知症であり、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。

その他の	フリガナ氏名		性別	男 女	生年月日	明・大・昭 年 月 日		
	本人との関係	<input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> 子の配偶者 <input type="checkbox"/> 兄弟姉妹 <input type="checkbox"/> 甥・姪 <input type="checkbox"/> その他 ()						
	同居の別	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居 ※ 別居の場合 住所 : _____ 電話 : _____ 携帯 : _____						
介護支援事業所の利用状況	事業所名	:					電話	:
	介護支援専門員	:						

入所申込書に記載した事項にあるいは記載項目にない事項等で、優先的な入所の判断において特に考慮する必要がある場合や、要介護1または2の方について、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場合は、その内容をご記入ください。

備
考

○説明確認欄

私は、入所申込みに際し、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、施設から説明を受けました。

(要介護1又は2の方)

上記及び、特例入所の要件に該当する場合のみ入所の対象となることについて、施設から説明を受けました。

平成 年 月 日 氏名 _____

○ 個人情報提供同意書

特別養護老人ホームの入所の円滑化に資するため、入所の判定に必要な範囲に限り、居宅介護支援事業所、介護保険施設、主治医、市町又は民生委員に対し、居宅介護サービスの利用状況、介護者の状況、心身の状況などの個人情報を求め、又は個人情報を提供することに同意します。

(要介護1又は2の方)

上記及び、特例入所に際し、その理由等の個人情報を施設が市町に対し報告することに同意します。

平成 年 月 日 氏名 _____