

ご本人の状況

ふりがな				性別	□男性 □女性	
氏名						
生年月日	□明治 □大正 □昭和	年	月	日	年齢	歳
担当ケアマネジャー	氏名					
	所属先					
要介護度	※現在の要介護度について該当するものに印を付けて下さい					
	□要介護1 □要介護2 □要介護3 □要介護4 □要介護5 □変更申請中					
現在の居所	□自宅 □福祉施設 □病院などの医療機関					
入院・入所状況	※現在医療機関(病院、診療所)や施設等に居られる方は、入院・入所先の病院名及び入院・入所期間についてご記入下さい。					
	病院(施設)名					
	入院(入所)した時期	年 月 日				
	退院(退所)の時期	年 月まで				
医療状況	既往症	※これまでにかかったことのある疾患、現在治療中の病気について、わかる範囲で結構ですので、病名をご記入ください。(結核、肝炎、梅毒、感染症、糖尿病など)				
	医療状況	<p>※現在受けている処置があれば該当するものすべてに印を付けて下さい。</p> <p>□有 □無</p> <p>※有と答えられた方は、以下の該当する番号に丸を振ってください。</p> <p>①胃瘻経管栄養 ②鼻腔経管栄養 ③腸瘻経管栄養 ④人工透析</p> <p>⑤人工肛門 ⑥褥瘡 ⑦インシュリン注射 ⑧酸素療法 ⑨気管切開</p> <p>⑩自己導尿(バルーンカテーテル)</p> <p>⑪アレルギー(卵などの食べ物や、薬に対するアレルギーの有無)</p> <p>⑫感染症(個室対応が必要なもの) ⑬精神疾患(通院が必要なもの)</p> <p>⑭その他()</p> <p><u>☆お薬手帳をお持ちの方は、できましたら申し込みの書類と共にお持ちください。</u></p>				

※裏面の記入もお願いします。

令和 年 月 日

ご担当主治医 様

介護老人保健施設 聖十字ハイツ
施設 主治 医
[公 印 省 略]

診療情報提供書依頼状

日頃は、格別のご理解ご協力を賜り厚くお礼申し上げます。

さて、下記の方は、病状安定後、当施設の利用をご希望されております。

つきましては、現病、既往歴、治療経過、最近の検査結果、その他留意事項等をお教えいただきたく、診療情報提供書の作成をお願いいたします。

なお、以下に関しまして貴院の書式に項目の無いものがございましたら、追加記載をお願い申し上げます。

- ① 胸部X線（結核感染等）
- ② 血液検査（HBs 抗原・HCV・TPHA）
- ③ 皮膚疾患

また、現在の投薬処方に関しまして、薬剤情報提供文書（薬情）の添付もお願いいたします。

氏名： _____ 様 性別： 男 ・ 女

生年月日： M・T・S 年 月 日生（ _____ 歳）

入居時にお持ちいただくもの

聖十字ハイッ

- ① 健康保険被保険者証または、後期高齢者医療被保険者証
- ② 介護保険証、介護保険負担割合証
- ③ 介護保険負担限度額認定証（お持ちの方）
- ④ 現在服用中の薬剤（2週間分）
- ⑤ 普段着上下：各5組（伸縮がきくもので、洗濯機での洗濯が可能なものが望ましいです。）
- ⑥ 寝間着：2～3着
- ⑦ 肌着・下着：5枚
- ⑧ 靴下：5足
- ⑨ 上履き：バレーシューズ等リハビリに適するものを2足程度（洗い替え）
- ⑩ バスタオル2枚・タオル：5枚
- ⑪ 洗面道具（歯ブラシ、歯磨き）
- ⑫ プラスチック製コップ（洗面用、）
- ⑬ 夜間水分補給用のコップ・ペットボトル等
- ⑭ 入れ歯ケース（コップでも可）
- ⑮ 電気カミソリ（必要な方）
- ⑯ 車椅子・ポータブルトイレ（お持ちの方）
購入をご希望の方は、ご相談ください。
- ⑰ テレビ、ラジオ、置時計など、個人的に必要な品物をお持ちいただいても結構です。
※テレビはアンテナケーブル（1.5m以上のもの）もお持ちください

入居手続きのため、ご本人様とご家族様の印鑑をお持ち下さい。
また、ご利用料の引落の手続きのため通帳と通帳用の印鑑もお持ち下さい。

すべての持物には、必ず名前をご記入下さい。

氏名のないもの、または判別しにくいものは、紛失の恐れがありますのでご協力をよろしくお願いします。

- ※ 特に黒っぽい衣服や柄物には白布にて名前を必ず縫い付けてください。
できれば、上着類は左下、ズボン類は左上の裏側に縫い付けてください。

社会福祉法人 鈴鹿聖十字会
介護老人保健施設 聖十字ハイッ

低額利用について

介護老人保健施設「聖十字ハイツ」は、社会福祉事業法第2条第3項に基づき、「生計の困難な方に対して、低額な費用で介護保険法（平成9年法律第123号）にいう介護老人保健施設を利用させる事業（第2種社会福祉事業）」を行っています。

この制度がご利用可能な場合、利用料が一般の方より低額となります。

※対象人数：入居者数の1割。

対象者および、制度の利用基準は下記の通りとなっています。

<対 象 者>

次の1)～3)のいずれかに該当する方

- 1) 生活保護法による被保護者。
- 2) 「介護保険負担限度額認定証」をお持ちの方のうち、認定証に記される「食費の負担限度額」が390円以下の方。
- 3) その他特別な事情があり、上記に準ずる生活困難者であると施設管理者が認めた方。

<低 額 利 用 料 基 準（利用料減免規定第4条）>

- ① 生活保護法に適用を受けていない方
「利用者負担額及び食費、居住費、日常生活費」の合計額の10%を軽減する。※食費、居住費は国の基準額に準じる
- ② 生活保護法に適用を受けている方
低額利用対象者となり、生活保護法で定められる基準に基づいた施設利用料となります。

<期 間>

1年間となります。

ご入居までの流れ

① 入居のお申込み

☆ 申し込みのご説明、施設のご案内をさせていただき、パンフレットと申込書類をお渡しいたします。

② 書類の提出

- 必要書類
- ① 「入居申込書」
 - ② 「ご本人の状況」票
 - ③ 「診療情報提供書」
 - ④ 「介護保険証」のコピー

③ 診療情報の検討 (聖十字ハイツ主治医)

☆ 診療情報提供書を聖十字ハイツの主治医に確認していただき、医療面でご利用可能かが判断されます。

④ 事前面接

☆ 看護師と支援相談員で、ご本人様と面接させていただきます。ご家族様の立ち合いをお願いいたします。

⑤ 入居検討会議の 開催

☆ 面接の結果を元に介護・看護・リハビリスタッフ・栄養士等が集まり、聖十字ハイツをご利用可能かどうかを総合的に判断いたします。

⑥ 契約～本入居

☆ ご家族様にご連絡を差し上げ、入居の日取りを調整させていただきます。



◎金額は目安となっております。ご利用内容や施設の体制によって変動します。



入居

利用料金（入居者負担額30日分）

■基準額 第4段階（市民税課税の方等）

	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
介護保険（1割負担）	28,468円	30,016円	32,016円	33,660円	35,402円
介護保険（2割負担）	56,936円	60,031円	64,032円	67,320円	70,804円
介護保険（3割負担）	85,404円	90,047円	96,048円	100,980円	106,206円
居住費（520円/日）	15,600円				
食費（1,770円/日）	53,100円				
日常生活費（420円/日）	12,600円				
1割負担の方の合計	109,768円	111,316円	113,316円	114,960円	116,702円
2割負担の方の合計	138,236円	141,331円	145,332円	148,620円	152,104円
3割負担の方の合計	166,704円	171,347円	177,348円	182,280円	187,506円

☆第3段階～第1段階は「負担限度額認定証」をお持ちの方が対象となります。

■3段階（減額）

	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
介護保険（1割負担）	28,468円	30,016円	32,016円	33,660円	35,402円
居住費（370円/日）	11,100円				
食費（650円/日）	19,500円				
日常生活費（420円/日）	12,600円				
合計	71,668円	73,216円	75,216円	76,860円	78,602円

■第2段階（減額）

	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
介護保険（1割負担）	28,468円	30,016円	32,016円	33,660円	35,402円
居住費（370円/日）	11,100円				
食費（390円/日）	11,700円				
日常生活費（420円/日）	12,600円				
合計	63,868円	65,416円	67,416円	69,060円	70,802円

■第1段階（減額）

	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
介護保険（1割負担）	28,468円	30,016円	32,016円	33,660円	35,402円
居住費（0円/日）	0円				
食費（300円/日）	9,000円				
日常生活費（420円/日）	12,600円				
合計	50,068円	51,616円	53,616円	55,260円	57,002円

【その他の費用】

ご本人様の利用状況により、発生することがあります。（10,000円/月程度）

私物の洗濯代（220円/日）、理髪代、行事費、各種加算 など。

【備考】

食費は1食ごとに設定しております。（朝：390円、昼：690円、夕：690円）

◎外泊・外出などで食事を欠食された場合、その分の食費は頂戴いたしません。



ショートステイ

■ 介護予防短期入所療養介護・短期入所療養介護（利用1日あたりの料金）

	要支援1	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
介護保険（1割負担）	742円	912円	975円	1028円	1,096円	1,151円	1,210円
介護保険（2割負担）	1,483円	1,823円	1,949円	2,055円	2,191円	2,302円	2,420円
介護保険（3割負担）	2,224円	2,735円	2,924円	3,082円	3,286円	3,453円	3,630円
居住費	520円		520円				
食費	1,770円		1,770円				
日常生活費	420円		420円				
1割負担の方の合計	3,452円	3,622円	3,685円	3,738円	3,806円	3,861円	3,920円
2割負担の方の合計	4,193円	4,533円	4,659円	4,765円	4,901円	5,012円	5,130円
3割負担の方の合計	4,934円	5,445円	5,634円	5,792円	5,996円	6,163円	6,340円

◎送迎加算・個別リハビリテーション加算等は含まれておりません。

◎食費は1食ごとに設定しております。（朝：390円、昼：690円、夕：690円）



通所リハビリテーション

	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
介護保険（1割負担）	857円	1,003円	1,143円	1,310円	1,475円
介護保険（2割負担）	1,714円	2,006円	2,286円	2,620円	2,949円
介護保険（3割負担）	2,571円	3,009円	3,429円	3,930円	4,423円
食費（690円）	690円				
日常生活費（210円）	210円				
1割負担の方の合計	1,757円	1,903円	2,043円	2,210円	2,375円
2割負担の方の合計	2,614円	2,906円	3,186円	3,520円	3,849円
3割負担の方の合計	3,471円	3,909円	4,329円	4,830円	5,323円

	要支援1	要支援2
介護保険（1割負担）	2,597円	4,780円
介護保険（2割負担）	5,194円	9,560円
介護保険（3割負担）	7,791円	14,340円

※1回のご利用ごとに、昼食代（690円）と日常生活費（210円）をいただきます

◎金額は目安となっております。ご利用内容や施設の体制によって変動します。



訪問リハビリテーション（1単位20分あたり）

	要支援	要介護
1割負担の方の合計	524円	741円
2割負担の方の合計	1,045円	1,479円
3割負担の方の合計	1,567円	2,217円

※2単位（40分）の場合は320円が追加されます。

※2単位（40分）の場合は638円が追加されます。

※2単位（40分）の場合は956円が追加されます。

◎金額は目安となっております。ご利用内容や施設の体制によって変動します。