

※※※ 入居申込み書類一覧表 ※※※

この度は、高殿苑へのご入居を検討頂き誠に有難うございます。

ご入居申込みに当たっては、下記書類が必要となりますのでご準備頂き、郵送もしくはご持参ください。

1. 申請書類

- ① 様式1 (大阪市 指定看護老人福祉施設[特別養護老人ホーム]等入所申込書兼台帳)
入所選考指針をお読みいただき、記入例を参考に、お申込者の方がご記入ください。
- ② 様式2 (大阪市指定介護老人福祉施設[特別養護老人ホーム]等入所選考調査票)
担当のケアマネージャー、もしくは病院のソーシャルワーカーの方にお渡しいただき、記入を依頼してください。(記入例も併せてお渡しください。)
- ③ 診療情報提供書 (大阪市旭区共通書式)
主治医の先生に依頼して下さい。
「診療情報提供書」やこれに類する書類を既にお持ちの方は、代わりにご提出して頂いても結構です。
※追加の情報が必要な場合は、改めて提出をお願いする場合があります。
※複数の施設にお申し込みの場合、写しても結構です。
※ご入居直前に、改めて最新の診療情報提供書をご提出いただきます。
- ④ 認定調査票 (基本調査) の写し
- ⑤ 介護保険被保険者証の写し
- ⑥ 直近3ヶ月分のサービス利用票及び別表の写し
⑥は、施設や病院におられる方は必要ありません。

2. その他注意事項

- ① お申込は、申請書類が全てそろった時点でお願いします。
- ② お申込後に「要介護度」「所在地」「介護者の方の状況」等、変更が有れば、その情報を基に検討致しますので、改めて連絡ください。
- ③ 見学をご希望の方は、事前に連絡の上、お越しく下さい。
- ④ その他ご質問やご不明な点がございましたら、お気軽にご相談ください。

担当：生活相談員 宇野・松枝

連絡先：06-6953-8511

2021年2月1日

大阪市指定介護老人福祉施設(特別養護老人ホーム)等入所選考指針

1 趣旨及び目的

この指針は、国の省令改正等（参考参照）に基づき、指定介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）及び指定地域密着型介護老人福祉施設（地域密着型特別養護老人ホーム）（以下「施設」という。）における入所選考に関する基準を明示することにより、入所決定過程の透明性及び公平性を確保するとともに、施設における入所選考の合理的かつ円滑な実施に資するため、大阪府、府内の保険者である市町村・広域連合及び大阪府社会福祉協議会老人施設部会の協議内容を踏まえ、大阪市及び大阪市老人福祉施設連盟が協議し、優先入所に関する指針として共同で策定するものである。

2 入所の対象となる者

入所の対象となる者は、要介護 3 以上と認定された者のうち、居宅において日常生活を営むことが困難な者とする。ただし、要介護 1 又は 2 の者のうち、次に掲げるいずれかの場合で、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は、介護保険者市区町村（以下「介護保険者」という。）の適切な関与の下、施設ごとに設置している入所選考委員会を経て、特例的に入所を認めることとする。

（特例入所の要件）

- ・ 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
- ・ 知的障がい・精神障がい等を伴い、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が頻繁に見られること
- ・ 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こと
- ・ 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

3 入所の申込み

(1) 申込方法

入所の申込みは、「大阪市指定介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）等入所申込書兼台帳（様式 1）（以下「入所申込書」という。）」及び原則として居宅介護支援事業者、施設等のケアマネジャー等（以下「ケアマネジャー等」という。）の意見を付した「大阪市指定介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）等入所選考調査票（様式 2）（以下「入所選考調査票」という。）」により、本人又は家族等から施設に対して行うこととし、要介護 1 又は 2

の場合には、特例入所対象者に該当する旨の申立て及び施設以外での生活が著しく困難な理由を、入所申込書及び入所選考調査票に付記する。その際ケアマネジャー等は、申込みに際して必要な援助を行うものとする。

また、施設は、本人又は家族等から特例入所の要件に該当している旨の申立てがある場合には、入所申込みを受け付けない取扱いは認めないこととする。

(注 なお、特例入所の要件に該当している旨の申立てがない者からの入所申込みに関する取扱いについては、各施設に委ねることとする。)

(2)添付資料

施設への申込みに当っては、介護保険被保険者証(写)、要介護認定調査票の基本調査(写)、直近3か月分のサービス利用票(写)、サービス利用票別表(写)を添付した上で行うものとする。

(3)受付簿の管理

施設が申込書(特例入所を含む)を受理した場合は、受付簿にその内容を記載して管理するものとする。また、辞退や除外等の事由が生じた場合は、その内容を記録するものとする。

(4)特例入所

ア 入所申込者の報告

施設が要介護1又は2の申込書を受理した場合は、「要介護1又は2の入所申込者について(報告)(様式3)」により、介護保険者に報告を行う。

ただし、特養入所待機者管理システムにより報告を行う場合はこの限りではない。

イ 意見を求める

施設は直近の入所選考委員会での選考対象となる場合は、特例入所対象者に該当するかどうかを判断するため、「要介護1又は2の入所申込者について(報告)(様式3)」により、特例入所対象者の介護保険者へ意見を求める。

ウ 意見の表明

介護保険者は施設から意見を求められるに問わず、「意見書(特例入所要件)(様式4)」により、適宜意見を表明することができる。

4 入所選考委員会

(1)施設は、入所の選考に係る事務を行うため、合議制の委員会(以下「入所選考委員会」という。)を設置するものとする。

(2)入所選考委員会は、施設長、生活相談員、介護職員、看護職員、介護支援専門員等で構成する。なお、入所選考委員会には施設以外の第三者(地域の代表として選任されている当該施設を運営する社会福祉法人の評議員や福祉サービスに関する苦情解決の仕組みにおいて選任することとされている第三者委員等)が参加することが望ましい。

(3)施設は入所選考委員会において特例入所対象者の選考を行うとき、入所の必要性の高さを判断するため、介護の必要の程度(要介護度)や家族の状況が不明な場合、必要に応じて

介護保険者に対して「介護の必要の程度等の情報提供対象者について(依頼) (様式 5)」により、意見を求めることができる。また、介護保険者は施設に対し「意見書(情報提供) (様式 6)」により、適宜意見を表明することができる。

(4)入所選考委員会は、施設長が招集し、毎月 1 回程度開催するものとする。

(5)入所選考委員会は、入所選考者名簿(以下「選考者名簿」という。)を調製するとともに、これに基づき入所順位の決定を行うものとする。

(6)施設は、入所選考委員会を開催したときは、その協議の内容(介護保険者の意見を含む)を記録し、これを 5 年間保存するものとする。

(7)施設は、介護保険者及び大阪府から求めがあったときは、上記の記録を提出するものとする。

(8)施設は、介護保険者の意見と異なり特例入所対象者に該当すると思われる者を入所させる場合は、「入所要件報告書(特例入所要件) (様式 7)」により介護保険者に報告を行うこと。

5 選考者名簿の調製

(1) 調製方法

選考者名簿は、入所申込者に対して、別表に定める基本的評価基準による評価と個別的評価事項を総合的に勘案し、上位の者から登載する。

【基本的評価基準】

- ①要介護度
- ②世帯の状況
- ③在宅サービスの利用率
- ④地域性による評価

【個別的評価事項】

施設は、基本的評価基準項目以外で、緊急性、性別、ベッドの特性、施設の専門性、遠隔地の利用者を親族の居住地附近の施設に入所させる場合の配慮、家族の介護量や経済的事由により在宅サービスの利用率が低位な者に対する配慮、その他特別に配慮しなければならない個別の事情などの、個別的に評価する事項について独自に評価方法を設定し、評価するものとする。

(2) 調製時期

選考者名簿は、入所選考委員会を開催するごとに調製する。

6 特別な事由による入所

次に掲げるいずれかの場合は、施設長は、入所選考委員会の審議によらず申込者の入所を決定することができる。その場合において、施設長は、事後の当該委員会で報告をするものとする。

(1)災害や事件・事故等により緊急に入所が必要と認められ、かつ、入所選考委員会を招集

する余裕がない場合

(2)老人福祉法（昭和 38 年 法律第 133 号）第 11 条に規定する措置委託を行う場合

(3)特例入所制度（厚生大臣が定める利用者等の数の基準及び看護職員等の員数の基準並びに通所介護費等の算定の方法の一部改正について（平成 12 年 11 月 21 日付け厚生省老人保健福祉局振興課長・老人保健課長通知）第 1 に規定する特例利用をいう。）の運用をする場合

(4)大阪市緊急入所判定委員会からの斡旋があった場合

7 その他の取扱い

(1)既入所申込者の取扱い

施設は、大阪市と協力し、本指針の施行の際、既に各施設へ入所の申込みをしている者に対して、本指針の周知及び再入所の申込みを行うことを勧奨するとともに、要介護 1 又は 2 の者については、特例入所対象者に該当するか否かの確認を既入所申込者へ行うものとする。

また、施設は直近の入所選考委員会での選考対象となる場合は、特例入所対象者に該当するか否かを判断するため、特例入所対象者の介護保険者へ意見を求める。

(2)辞退者の取扱い

入所に際して入所意思の再確認をしたにもかかわらず、申込者の都合により一時辞退があった場合は、受付簿から除外することができる。

(3)施設入所者等の取扱い

他の介護保険施設又は病院等に入所（入院）している者で、当該施設から退所（退院）を求められているもののうち、在宅復帰が極度に困難な者については、次に掲げる方法のいずれかにより入所選考委員会の審議を経て入所の順位を決定することができる。

ア 選考者名簿の調製に当っては、基本的評価基準による評価を行う際の当該者の在宅サービス利用率については、40%以上 60%未満に該当するとみなして評価を行うが、それ以外の評価事項については、他の申込者と同様に取扱うこと。ただし、入所（入院）直前の在宅サービス利用率が 60%以上の場合には、その率に該当するものとして評価すること。

イ 施設が独自に適切な基準を設ける場合は、それにより評価すること。この場合において、選考者名簿の上位登載者と比較考量して、バランスを欠くことのないよう、入所の必要性及び優先性について慎重に審査し、その認定理由を記録すること。

(4)入所申込者への対応

施設は、入所申込者のうち入所できない者に対して、必要に応じて本人の意向に沿った在宅の介護サービスや、他の施設サービスを受けることのできるよう関係機関との調整に努めること。

8 適正運用

- (1)大阪市は、本指針を公表するとともに、本指針の適正な運用について、施設に対し必要な助言を行うものとする。
- (2)施設は、本指針に基づき適正に入所の選考・決定を行うものとする。
- (3)施設は、入所希望者等関係者に対して、本指針の内容について適切な説明をするものとする。
- (4)施設は、必要に応じて入所選考に係る説明又は資料の開示を行う場合に、適切な対応ができるよう、予め責任者や窓口を明確にしておくとともに個人のプライバシー等個人情報の取扱いについて細心の注意を払い、その保護に当るものとする。
- (5)施設の職員及び入所選考委員会の第三者の委員は、業務上知り得た入所希望者やその家族に関する個人情報を他に漏らしてはならない。また、施設を退職した後及び委員を退任した後も同様とする。
- (6)入所申込をする高齢者の人権尊重の視点に立って適切に運用するものとする。

附 則

- (1)本指針は、平成 15 年 3 月 1 日から施行する。
- (2)施設における、指針に基づく入所決定の運用は、平成 15 年 6 月 1 日から開始する。
- (3)本指針は、指針の運用に重大な支障がある等、見直す必要が生じた場合は、随時、見直すこととし、その間であっても指針の運用に重大な支障があり、かつ、直ちに見直す必要が生じた場合は、随時、見直すこととする。見直しに当っては本指針を共同策定した二者で協議するものとする。

附 則

この改正は平成 15 年 10 月 31 日から施行する。

附 則

- (1) 本指針は、平成 27 年 2 月 27 日から施行する。
- (2) 施設における、本指針に基づく入所決定の運用は、平成 27 年 4 月 1 日から開始する。

附 則

この改正は、平成 29 年 8 月 1 日から施行する。

附 則

この改正は、元号を改める政令（平成 31 年政令第 143 号）の施行の日から施行する。

附 則

この改正は、令和 3 年 2 月 1 日から施行する。

参考

- 大阪市指定介護老人福祉施設の人員、設備及び運営に関する基準等を定める条例」（平成 25 年大阪市条例第 28 号）
- 「大阪市指定地域密着型サービスの事業の人員、設備及び運営に関する基準等を定める条例」（平成 25 年大阪市条例第 27 号）

- 「指定介護老人福祉施設の人員、設備及び運営に関する基準」(平成 11 年厚生省令第 39 号)
- 「指定地域密着型サービスの事業の人員、設備及び運営に関する基準」(平成 18 年厚生労働省令第 34 号)
- 「指定介護老人福祉施設の人員、設備及び運営に関する基準について」(平成 12 年 3 月 17 日老企第 43 号)
- 「指定地域密着型サービス及び指定地域密着型介護予防サービスに関する基準について」(平成 18 年 3 月 31 日老計発第 0331004 号・老振発第 0331004 号・老老発第 0331017 号)
- 「指定介護老人福祉施設等の入所に関する指針について」(平成 26 年 12 月 1 日老高発第 1212 第 1 号 厚生労働省老健局高齢者支援課長通知)
- 「指定介護老人福祉施設等の入所に関する指針について」(平成 26 年 12 月 12 日老高発 1212 第 1 号 (厚生労働省老健局高齢者支援課長通知) の一部改正について (平成 29 年 3 月 29 日老高発 0329 第 1 号 (厚生労働省老健局高齢者支援課長通知))

別表 基本的評価基準

施設入所者等の在宅サービスの みなし利用率 ²		在宅サービス	25				
			80%以上	60%以上 80%未満	40%以上 60%未満	20%以上 40%未満	20%未満
本人の状況・世帯の状況		評価点	35	30	25	20	15
要介護 5	単身世帯	60	95	90	85	80	75
	高齢者のみ世帯で介護者が 要支援以上の世帯	55	90	85	80	75	70
	その他の世帯	50	85	80	75	70	65
要介護 4	単身世帯	50	85	80	75	70	65
	高齢者のみ世帯で介護者が 要支援以上の世帯	45	80	75	70	65	60
	その他の世帯	40	75	70	65	60	55
要介護 3	単身世帯	40	75	70	65	60	55
	高齢者のみ世帯で介護者が 要支援以上の世帯	35	70	65	60	55	50
	その他の世帯	30	65	60	55	50	45
要介護 2 (特例入 所対象 者)	単身世帯	30	65	60	55	50	45
	高齢者のみ世帯で介護者が 要支援以上の世帯	25	60	55	50	45	40
	その他の世帯	20	55	50	45	40	35
要介護 1 (特例入 所対象 者)	単身世帯	20	55	50	45	40	35
	高齢者のみ世帯で介護者が 要支援以上の世帯	15	50	45	40	35	30
	その他の世帯	10	45	40	35	30	25

1 在宅サービスの利用率

サービス利用票別表に基づく支給限度基準額とサービス利用額の単位の割合。

【算定の対象となるサービス】

訪問介護、訪問入浴介護、訪問看護、訪問リハビリテーション、通所介護、
通所リハビリテーション、短期入所生活介護、短期入所療養介護、福祉用具貸与、
定期巡回・随時対応型訪問介護看護、夜間対応型訪問介護、認知症対応型通所介護、
小規模多機能型居宅介護、複合型サービス、短期利用の認知症対応型共同生活介護、
短期利用の地域密着型特定施設入居者生活介護

2 病院入院・施設入所者で在宅復帰が極度に困難な場合

病院又は他の介護保険施設に入院・入所している人で、退院・退所を求められているが、
在宅復帰が極度に困難な場合は、評価点を25点とする。

3 地域性による評価

上記の評価点に、入所申込者の居住地により、次の点数を加算する。

- ・ 大阪市内 5点
- ・ 隣接市町村 3点

(隣接市町村：豊中市・吹田市・摂津市・守口市・門真市・大東市・東大阪市・八尾市・松原市・堺市・尼崎市)

・今後、郵送物などはこの連絡先にお送りさせていただきます。

(家族等代理の方の場合) 申込者連絡先	氏名:	続柄
	〒 -	
	住所:	

	電話:	

申込日	年	月	日	
受付日	年	月	日	
受付番号	担当者名			
法人名				
施設名				
保険者への報告	不要	要		
	報告日	年	月	日

指定介護老人福祉施設〔特別養護老人ホーム〕等に入所したいので、次のとおり申し込みます。

本人の状況	(フリガナ)		性別		保険者(番号)								
	氏名		男・女		被保険者番号								
	生年月日	明・大・昭	年	月	日	(歳)	要介護認定期間	年	月	日から	年	月	日まで
	要介護度	<p>1・2・3・4・5</p> <p>↓</p> <p>要介護1又は2の方が入所するためには、下記のいずれかに該当することが必要です。</p> <p>ご自身の判断で該当と思われる項目に印をつけてください。</p> <p><input type="checkbox"/> 認知症があり、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。</p> <p><input type="checkbox"/> 知的障がい・精神障がい等を伴い、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が頻繁に見られる。</p> <p><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。</p> <p><input type="checkbox"/> 単身世帯である、同居家族が高齢又は病弱である、若しくは育児、就労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。</p>											
	障がいの程度	<input type="checkbox"/> 療育手帳あり (<input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2) <input type="checkbox"/> 精神障がい者保健福祉手帳あり (<input type="checkbox"/> 1級 <input type="checkbox"/> 2級 <input type="checkbox"/> 3級)											
	自宅住所	〒 -					電話番号	市外局番 ()					
	現況	<input type="checkbox"/> 自宅で一人暮らし <input type="checkbox"/> 高齢者のみの世帯 <input type="checkbox"/> 自宅で家族と暮らしている <input type="checkbox"/> 他の施設や病院に入っている 「特養などの施設や病院に入っている方」は記入してください。 ◇ 施設名又は病院名: _____ ◇ 所在地(市区名のみ) _____ ◇ 入所又は入院期間: _____ 年 月 から入所・入院している											
	入所を希望する理由(該当するものすべてを選んでください。)	<input type="checkbox"/> 介護する者がいないため。 <input type="checkbox"/> 介護する者が「高齢」、「障がい」、「疾病」等により十分な介護が困難なため。 <input type="checkbox"/> 介護する者が育児をしていることから、十分な介護が困難なため。 <input type="checkbox"/> 介護する者が就労していることから、(昼間独居となり常時の)十分な介護が困難なため。 <input type="checkbox"/> 介護する者の身体的・精神的負担が大きき十分な介護が困難なため。 <input type="checkbox"/> 介護する者が遠方で距離的に負担が大きき十分な介護が困難なため。 <input type="checkbox"/> 居住環境の事情により十分な介護が困難なため。 <input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 介護保険の居宅サービス給付の区分支給額を超えており、経済的負担が大きいため <input type="checkbox"/> その他()											
	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"/> 拒否してる <input type="checkbox"/> 知らせていない <input type="checkbox"/> 認知力低下により理解困難											
	在宅介護継続期間	年	か月	居宅サービスの利用の有無	<input type="checkbox"/> 有 (下記「申込日前月に利用中のサービス」についても記入してください) <input type="checkbox"/> 無								
	申込日前月に利用中のサービス(月分)	訪問介護	回/月	訪問入浴	回/月	訪問看護	回/月						
		訪問リハ	回/月	居宅療養管理指導	回/月	通所介護	回/月						
		通所リハ	回/月	福祉用具貸与	品目	短期入所生活介護	日/月						
		短期入所療養介護	日/月										
入所希望時期	<input type="checkbox"/> 早期希望(1~3か月以内) <input type="checkbox"/> 6か月以内 <input type="checkbox"/> 1年以内 <input type="checkbox"/> 1年以上()年以内												
利用している居宅介護支援事業者名	電話: ()					担当ケアマネジャー氏名							

本人の状況	医療の状況	<input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> インシュリン自己注射 <input type="checkbox"/> ストーマ(人工肛門)処置 <input type="checkbox"/> カテーテル <input type="checkbox"/> 中心静脈栄養 <input type="checkbox"/> その他() 現在治療中の病名 _____ 受診している医療機関名 _____ 【特記事項】
	他施設への申込状況	<input type="checkbox"/> 当該施設のみ申し込む。 <input type="checkbox"/> 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 () () () ◇ 特養待機期間(他施設も含む) _____ 年 _____ か月

主たる介護者の状況	家族構成	<input type="checkbox"/> 親 <input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> 孫 <input type="checkbox"/> その他()計 _____ 人				
	(フリガナ)		性別	年齢	本人との関係	続柄() <input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居
	主たる介護者氏名		男・女	満歳		住所
	意見等(介護しているうえで困っていることなど)	(注:身体的状況(健康状態)や仕事の有無(週の勤務日数及び時間)などを記入してください)				
同居以外の親族や援助者の有無	<input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> 兄弟・親戚等 <input type="checkbox"/> 親族はいないが援助者有 <input type="checkbox"/> 親族・援助者無					

同意書	入所の申込に当たり、その手続きについて説明を受けました。 また、介護保険サービス事業に関する次の事項について同意します。 ・本施設が介護保険者(市区町村)に対し、本申込書の内容及び施設入所選考に必要な情報を提供すること。 ・介護保険者(市区町村)が施設入所選考に係る意見を述べるにあたり、関係する機関又は団体から必要な情報を取得すること。 ・介護保険者(市区町村)が介護保険サービスの提供に際して、必要な情報を関係する機関又は団体及び介護サービス事業者(本施設を含む)に提供すること。 ・介護保険者(市区町村)が本施設に対し、本申込書の内容のうち、住所、要介護度、介護保険被保険者資格について変更があった場合、その他、入所選考に係る情報を提供すること。		
	年 月 日	入所希望者	氏名: _____
		家族等代理の方	氏名: _____
		主たる介護者の方	氏名: _____

注1 「認定調査票(基本調査)」・「介護保険被保険者証」・「直近3か月分のサービス利用票及び別表」の写しを添付してください。

注2 介護度などの要件や他施設へ入所されるなどの状況に変化があった場合は、すぐに施設へお知らせください。

注3 必要に応じて申込後の状況について、施設から確認や連絡をすることがあります。

注4 入所希望時期については、入所決定に際して、なんら影響を与えるものではありませんので、ありのままご記入ください。

記入例

・今後、郵送物などはこの連絡先にお送りさせていただきます。

申込者連絡先 (家族等代理の方の場合)	氏名: 高殿 一郎	続柄: 子
	〒 123 - 4567	
	住所: 〇〇県〇〇市〇〇区〇〇1-2-3	
	電話:	

申込日	年 月 日
受付日	年 月 日
受付番号	担当者名
法人名	
施設名	
保険者への報告	不要 ・ 要 報告日: 年 月 日

指定介護老人福祉施設〔特別養護老人ホーム〕等に入所したいので、次のとおり申し込みます。

本人の状況	(フリガナ)	タカドノ タロウ		性別	男	保険者(番号)	大阪市	2	7	0	1	2	3			
	氏名	高殿 太郎		性別	男	被保険者番号	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	生年月日	明・大 昭 9年 10月 10日 (89歳)		要介護認定期間	令和5年 4月 1日から 令和6年 3月 31日まで ※未申請の方は記入してください 年 月 日											
	要介護度	1・2・3 4 ・5 ↓ 要介護1又は2の方が入所するためには、下記のいずれかに該当することが必要です。 ご自身の判断で該当と思われる項目に印をつけてください。 <input type="checkbox"/> 認知症があり、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"/> 知的障がい・精神障がい等を伴い、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、若しくは育児、就労等により家族等による支援が期待できず、														
	障がいの程度	<input type="checkbox"/> 療育手帳あり (<input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2) <input type="checkbox"/> 精神障がい者保健福祉手帳あり (<input type="checkbox"/> 1級 <input type="checkbox"/> 2級 <input type="checkbox"/> 3級)														
	自宅住所	〒 535 - 1234 大阪市旭区高殿1-2-3					電話番号	市外局番 06-6953-5678								
	現況	<input type="checkbox"/> 自宅で一人暮らし <input checked="" type="checkbox"/> 高齢者のみの世帯 <input type="checkbox"/> 自宅で家族と暮らしている <input type="checkbox"/> 他の施設や病院に入っている 「特養などの施設や病院に入っている方」は記入してください。 ◇ 施設名又は病院名: _____ ◇ 所在地(市区名のみ) _____ ◇ 入所又は入院期間: _____ 年 月 から入所・入院している														
	入所を希望する理由(該当するものすべてを選んでください。)	<input type="checkbox"/> 介護する者がいないため。 <input checked="" type="checkbox"/> 介護する者が「高齢」、「障がい」、「疾病」等により十分な介護が困難なため。 <input type="checkbox"/> 介護する者が育児をしていることから、十分な介護が困難なため。 <input type="checkbox"/> 介護する者が就労していることから、(昼間独居となり常時の)十分な介護が困難なため。 <input checked="" type="checkbox"/> 介護する者の身体的・精神的負担が大きく十分な介護が困難なため。 <input type="checkbox"/> 介護する者が遠方で距離的に負担が大きく十分な介護が困難なため。 <input checked="" type="checkbox"/> 居住環境の事情により十分な介護が困難なため。 <input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 介護保険の居宅サービス給付の区分支給額を超えており、経済的負担が大きいため <input type="checkbox"/> その他()														
	本人の入所意向	<input checked="" type="checkbox"/> 入所を希望している <input type="checkbox"/> 迷っている <input type="checkbox"/> 拒否してる <input type="checkbox"/> 知らせていない <input type="checkbox"/> 認知力低下により理解困難														
	在宅介護継続期間	3年 6か月		居宅サービスの利用の有無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 (下記「申込日前月に利用中のサービス」についても記入してください) <input type="checkbox"/> 無											
	申込日前月に利用中のサービス(9月分)	訪問介護	8回/月		訪問入浴	回/月		訪問看護	回/月							
		訪問リハ	回/月		居宅療養管理指導	1回/月		通所介護	10回/月							
		通所リハ	回/月		福祉用具貸与	品目		短期入所生活介護	7日/月							
		短期入所療養介護	日/月													
	入所希望時期	<input checked="" type="checkbox"/> 早期希望(1~3か月以内) <input type="checkbox"/> 6か月以内 <input type="checkbox"/> 1年以内 <input type="checkbox"/> 1年以上()年以内														
利用している居宅介護支援事業者名	ケアプランセンター高殿			担当ケアマネジャー氏名	〇〇 〇〇											
	電話: 06-1234-5678															

本人の状況	医療の状況	<input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> インシュリン自己注射 <input type="checkbox"/> ストーマ(人工肛門)処置 <input type="checkbox"/> カテーテル <input type="checkbox"/> 中心静脈栄養 <input type="checkbox"/> その他() 現在治療中の病名 高血圧 受診している医療機関名 〇〇医院 【特記事項】	
	他施設への申込状況	<input type="checkbox"/> 当該施設のみ申し込む。 <input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 既に申し込んでいる他の施設名 (〇〇苑) (〇〇荘) () <input checked="" type="checkbox"/> 今後申し込む予定の他の施設名 () () () <input checked="" type="checkbox"/> 特養待機期間(他施設も含む) 年 月 日	

主たる介護者の状況	家族構成	<input type="checkbox"/> 親 <input checked="" type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> 孫 <input type="checkbox"/> その他()計 1 人				
	(フリガナ)	タカドノ ハナコ		性別	年齢	続柄 (妻) <input checked="" type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居 住所 申請者と同じ 電話番号 市外局番 同上 ()
	主たる介護者氏名	高殿 花子		男 ● 女	満 歳	
	意見等(介護しているうえで困っていることなど)	(注: 身体的状況(健康状態)や仕事の有無(週の勤務日数及び時間)などを記入してください) 子供は独立して遠方に住んでいるため、週末に訪問はあるものの介護は見込めない。老々介護で、身体的・精神的に参ってきており、自宅での介護に限界を感じている。また、経済的にも困っている。				
同居以外の親族や援助者の有無	<input checked="" type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> 兄弟・親戚等 <input type="checkbox"/> 親族はいないが援助者有 <input type="checkbox"/> 親族・援助者無					

同意書	入所の申込に当たり、その手続きについて説明を受けました。 また、介護保険サービス事業に関する次の事項について同意します。 ・本施設が介護保険者(市区町村)に対し、本申込書の内容及び施設入所選考に必要な情報を提供すること。 ・介護保険者(市区町村)が施設入所選考に係る意見を述べるにあたり、関係する機関又は団体から必要な情報を取得すること。 ・介護保険者(市区町村)が介護保険サービスの提供に際して、必要な情報を関係する機関又は団体及び介護サービス事業者(本施設を含む)に提供すること。 ・介護保険者(市区町村)が本施設に対し、本申込書の内容のうち、住所、要介護度、介護保険被保険者資格について変更があった場合、その他、入所選考に係る情報を提供すること。	
	令和〇〇年△△月□□日 入所希望者	氏名: 高殿 太郎
	家族等代理の方	氏名: 高殿 一郎
	主たる介護者の方	氏名: 高殿 花子

注1 「認定調査票(基本調査)」・「介護保険被保険者証」・「直近3か月分のサービス利用票及び別表」の写しを添付してください。

注2 介護度などの要件や他施設へ入所されるなどの状況に変化があった場合は、すぐに施設へお知らせください。

注3 必要に応じて申込後の状況について、施設から確認や連絡をすることがあります。

注4 入所希望時期については、入所決定に際して、なんら影響を与えないものではないので、ありのままご記入ください。

大阪市指定介護老人福祉施設〔特別養護老人ホーム〕等入所選考調査票

表

入所申込者(本人)氏名	被保険者番号								
受付番号	保険者(番号)								

居室介護支援事業者等名称		連絡先電話番号		()		
担当ケアマネジャー等氏名		職 種				
要介護度 1・2・3・4・5	世帯の状況		在宅サービスの利用率	地域性		
	<input type="checkbox"/> 単身世帯 <input type="checkbox"/> 高齢者のみで介護者が要支援以上の世帯 <input type="checkbox"/> 介護者はいるが高齢、病弱、育児、就労等により介護ができない世帯 <input type="checkbox"/> その他の世帯		%	<input type="checkbox"/> 大阪市内 <input type="checkbox"/> 隣接市		
点		点		点		
ケアマネジャー記入欄	本人の心身の状況	認知症の状況 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有				
		<input type="checkbox"/> 常時の介護や見守りが必要である <input type="checkbox"/> 認知症を原因とする昼夜逆転・徘徊等の問題行動があり、介護者の日常生活に支障がある <input type="checkbox"/> 寝たきりにより食事・排せつ・入浴等日常生活全般を通じ介護が必要である <input type="checkbox"/> 多少の一部介助や見守りを必要とする <input type="checkbox"/> ほとんど自立による日常生活が可能である <input type="checkbox"/> その他()				
		<input type="checkbox"/> 介護者が全くいない <input type="checkbox"/> 介護者はいるが他に介護や育児が必要な者がいる <input type="checkbox"/> 介護者はいるが十分な介護が困難(高齢・障がい・疾病・育児・就労・その他:) <input type="checkbox"/> 介護者が遠隔地にいる <input type="checkbox"/> 介護者が近隣にいる <input type="checkbox"/> 同居の介護者がいる(人) <input type="checkbox"/> その他()				
		<input type="checkbox"/> 極めて困難 <input type="checkbox"/> 在宅サービスを利用しても在宅生活に支障がある <input type="checkbox"/> 検討の余地あり <input type="checkbox"/> 在宅サービスの利用により在宅生活の継続が期待できる <input type="checkbox"/> その他()				
		<input type="checkbox"/> 近くに在宅サービス事業者がなくその利用が困難 <input type="checkbox"/> 十分なケア(ナイトケア等)が受けられない <input type="checkbox"/> 病院等の入所者で帰る家がない <input type="checkbox"/> 介護保険の利用限度額を超えて在宅サービスを自費負担しているなど経済的理由 <input type="checkbox"/> その他()				
		<input type="checkbox"/> 居住環境の事情により十分な介護が困難(住居が狭いなど) <input type="checkbox"/> 在宅サービスの利用に必要な住環境に支障がある <input type="checkbox"/> 施設や病院から退所を求められている <input type="checkbox"/> その他()				
		家族の負担感 <input type="checkbox"/> 介護疲れがひどい <input type="checkbox"/> 在宅サービスを利用しているが介護疲れがある <input type="checkbox"/> 在宅サービスの利用にて順調 <input type="checkbox"/> 在宅サービスの利用はないが順調 <input type="checkbox"/> 殆ど関わっていない				
		意思疎通 <input type="checkbox"/> 慣れた人でも意思疎通は困難 <input type="checkbox"/> 家族など慣れた人なら問題ない <input type="checkbox"/> 特に問題ない				
参考事項	入所について本人の意思 <input type="checkbox"/> 強く拒否している <input type="checkbox"/> 拒否傾向 <input type="checkbox"/> 意思疎通が困難 <input type="checkbox"/> 希望はしていないが同意している <input type="checkbox"/> 同意している <input type="checkbox"/> 強く望んでいる					
	特事項 要介護1・2は特例入所要件の情報も記載してください。					

施設名		入所申込書受付日	年 月 日
施設受付番号		入所日	年 月 日
保険者への報告 (特例入所)	年 月 日	保険者 への意見	年 月 日
		特例要件 要介護度等	年 月 日

施設記入欄	年 月 日 入記入日 V	医療の必要性	
		同居以外の親族や援護者の有無	
		在宅介護の可能性・介護者の事情	
		家族の介護負担感	
		住環境の状況	
		その他	

施設記入欄	年 月 日 入記入日 V	要介護度	介護者の有無	在宅サービスの利用率	地域性	合計	
		1・2・3・4・5	<input type="checkbox"/> 単身世帯 <input type="checkbox"/> 高齢者のみで介護者が要支援以上の世帯 <input type="checkbox"/> 介護者はいるが高齢、病弱、育児、就労等により介護ができない世帯 <input type="checkbox"/> その他の世帯	% <input type="checkbox"/> 未利用 <input type="checkbox"/> 入院・入所中	<input type="checkbox"/> 大阪市内 <input type="checkbox"/> 隣接市		
			点	点	点	点	
	日 入記入日 V	【評価すべき個別的事項等】					
		年 月 日 入記入日 V	要介護度	介護者の有無	在宅サービスの利用率	地域性	合計
			1・2・3・4・5	<input type="checkbox"/> 単身世帯 <input type="checkbox"/> 高齢者のみで介護者が要支援以上の世帯 <input type="checkbox"/> 介護者はいるが高齢、病弱、育児、就労等により介護ができない世帯 <input type="checkbox"/> その他の世帯	% <input type="checkbox"/> 未利用 <input type="checkbox"/> 入院・入所中	<input type="checkbox"/> 大阪市内 <input type="checkbox"/> 隣接市	
	点		点	点	点		
日 入記入日 V	【評価すべき個別的事項等】						

大阪市指定介護老人福祉施設〔特別養護老人ホーム〕等入所選考調査票

入所申込者(本人)氏名	高殿 太郎	被保険者番号	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
受付番号		保険者(番号)	大阪市	2	7	0	1	2	3			

居宅介護支援事業者等名称		ケアプランセンター高殿		連絡先電話番号		06-1234-5678					
担当ケアマネジャー等氏名		〇〇 〇〇		職 種		介護支援専門員					
要介護度	世帯の状況		在宅サービスの利用率		地域性		合計				
	1・2・3	<input type="checkbox"/> 単身世帯 <input checked="" type="checkbox"/> 高齢者のみで介護者が要支援以上の世帯 <input type="checkbox"/> 介護者はいるが高齢、病弱、育児、就労等により介護ができない世帯 <input type="checkbox"/> その他の世帯	83 %		<input checked="" type="checkbox"/> 大阪市内 <input type="checkbox"/> 隣接市		85 点				
		45 点		35 点		5 点					
ケア 年 マ ネ ジ ャ ー 日 意 見 入 欄	本人の心身の状況	認知症の状況 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 常時の介護や見守りが必要である <input type="checkbox"/> 認知症を原因とする昼夜逆転・徘徊等の問題行動があり、介護者の日常生活に支障がある <input checked="" type="checkbox"/> 寝たきりにより食事・排せつ・入浴等日常生活全般を通じ介護が必要である <input type="checkbox"/> 多少の一部介助や見守りを必要とする <input type="checkbox"/> ほとんど自立による日常生活が可能である <input type="checkbox"/> その他()									
	世帯の状況	<input type="checkbox"/> 介護者が全くいない <input type="checkbox"/> 介護者はいるが他に介護や育児が必要な者がいる <input checked="" type="checkbox"/> 介護者はいるが十分な介護が困難(高齢 障がい・疾病・育児・就労・その他: <input type="checkbox"/> 介護者が遠隔地にいる <input type="checkbox"/> 介護者が近隣にいる <input type="checkbox"/> 同居の介護者がいる()人 <input type="checkbox"/> その他()									
	在宅生活継続の可能性	<input checked="" type="checkbox"/> 極めて困難 <input type="checkbox"/> 在宅サービスを利用しても在宅生活に支障がある <input type="checkbox"/> 検討の余地あり <input type="checkbox"/> 在宅サービスの利用により在宅生活の継続が期待できる <input type="checkbox"/> その他()									
	在宅生活に支障のある状況	<input type="checkbox"/> 近くに在宅サービス事業者がなくその利用が困難 <input type="checkbox"/> 十分なケア(ナイトケア等)が受けられない <input type="checkbox"/> 病院等の入所者で帰る家がない <input type="checkbox"/> 介護保険の利用限度額を超えて在宅サービスを自費負担しているなど経済的理由 <input type="checkbox"/> その他()									
	住環境	<input checked="" type="checkbox"/> 居住環境の事情により十分な介護が困難(住居が狭いなど) <input type="checkbox"/> 在宅サービスの利用に必要な住環境に支障がある <input type="checkbox"/> 施設や病院から退所を求められている <input type="checkbox"/> その他()									
	参考事項	家族の負担感 <input checked="" type="checkbox"/> 介護疲れがひどい <input type="checkbox"/> 在宅サービスを利用しているが介護疲れがある <input type="checkbox"/> 在宅サービスの利用にて順調 <input type="checkbox"/> 在宅サービスの利用はないが順調 <input type="checkbox"/> 殆ど関わっていない									
		意思疎通 <input checked="" type="checkbox"/> 慣れた人でも意思疎通は困難 <input type="checkbox"/> 家族など慣れた人なら問題ない <input type="checkbox"/> 特に問題ない 入所についての本人の意思 <input type="checkbox"/> 強く拒否している <input type="checkbox"/> 拒否傾向 <input checked="" type="checkbox"/> 意思疎通が困難 <input type="checkbox"/> 希望はしていないが同意している <input type="checkbox"/> 同意している <input type="checkbox"/> 強く望んでいる									
特事項	要介護1・2は特例入所要件の情報も記載してください。										

施設名		入所申込書受付日	年 月 日
施設受付番号		入所日	年 月 日
保険者への報告 (特例入所)	年 月 日	保険者への意見	年 月 日
		特例要件 要介護度等	年 月 日

施設記入欄	年	医療の必要性	
	月	同居以外の親族や援護者の有無	
	日	在宅介護の可能性・介護者の事情	
	日	家族の介護負担感	
	日	住環境の状況	
	日	その他	

施設記入欄	年	要介護度	介護者の有無	在宅サービスの利用率	地域性	合計
	月	1・2・3・4・5	<input type="checkbox"/> 単身世帯 <input type="checkbox"/> 高齢者のみで介護者が要支援以上の世帯 <input type="checkbox"/> 介護者はいるが高齢、病弱、育児、就労等により介護ができない世帯 <input type="checkbox"/> その他の世帯	%	<input type="checkbox"/> 大阪市内 <input type="checkbox"/> 隣接市	
	日		点	点	点	点
	日	【評価すべき個別の事項等】				
	日					
	日					

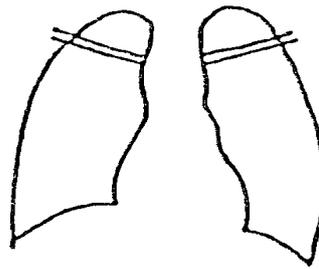
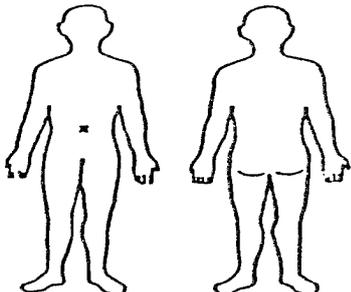
診療情報提供書

施設名 _____

令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

_____ 殿

フリガナ		男・女	明 治 大 正 昭 和	年 _____ 月 _____ 日生 (_____) 歳
氏 名				
住 所 電 話	〒 _____ TEL (_____)			
目 的	[○をして下さい] 1. 日常生活動作 (ADL) の向上、リハビリテーション 2. 在宅介護者の都合 3. 病院から家庭復帰のため 4. その他 (_____)		[入 (通) 所の希望に○をして下さい] 1. 入所 2. 短期入所 3. 通所	
傷病名 (#1~)				
既往歴 入院歴 入所歴				
現病歴				
現在の処方内容				
点眼 : _____ 禁忌薬剤 : _____ 外用薬 : _____ アレルギー : _____				
処置	経鼻栄養 胃ろう 尿バルーン 酸素療法 ストーマ インシュリン 透析 その他 (_____)			

血圧	/	mm Hg	身長	cm	体重	Kg
胸部 X 線所見(年 月 日撮影)			四肢運動障害 (障害部位に斜線)			
 <p>※胸部レントゲン写真の貸出をお願いします。</p>						
心電図所見			脈拍 /分	障害名:		
皮膚疾患	・なし		認知症	無 ・ 有 (軽度・中等度・重度)		
	・あり 褥瘡 (無) (有) (部位)		問題行動	無 ・ 有		
	湿疹 (無) (有) (部位)		具体例			
尿 検 査	タンパク ()	血 液 検 査	白血球数			HBS 抗原 (無) (有)
	糖 ()		赤血球数			HCV 抗体 (無) (有)
	潜血 ()		ヘモグロビン量			
	ウロビリ ()		ヘマトクリット			
	不詳		血小板数			
T-BIL			BUN			TP
GOT			Cre			Alb
GPT			UA			BS
γ GTP			Na			糖尿あれば HbA1c ()
ALP			K			TCH
LDH			Cl			LDL 可能ならば
CHE			CRP			年 月 日 採血
特記事項・ご希望等						

上記の通り診断致します。

令和 年 月 日

住 所
医療機関名
T E L
医 師

印
OSW-F0-005

◆ 介護老人福祉施設〈特別養護老人ホーム〉料金表

2021年8月改正
社会福祉法人邦寿会 高殿苑

要介護度に応じたⅠ基本サービス費、Ⅱ食費及び居住費の利用者負担合計金額をお支払いいただきます。

■Ⅰ基本サービス費(介護保険サービス)

単位:円/日

ユニット型個室	単位	サービス費用【10割】	負担割合 1割負担の方		負担割合 2割負担の方		負担割合 3割負担の方		
			保険給付額【9割】	利用者負担額【1割】	保険給付額【8割】	利用者負担額【2割】	保険給付額【7割】	利用者負担額【3割】	
			基本	要介護1	652	6,989	6,290	699	5,591
	要介護2	720	7,718	6,946	772	6,174	1,544	5,402	2,316
	要介護3	793	8,500	7,650	850	6,800	1,700	5,950	2,550
	要介護4	862	9,240	8,316	924	7,392	1,848	6,468	2,772
	要介護5	929	9,958	8,962	996	7,966	1,992	6,970	2,988
加算	日常生活継続支援加算	46	493	443	50	394	99	345	148
	看護体制加算(Ⅰ)(Ⅱ)口	12	128	115	13	102	26	89	39
	夜勤職員配置加算(Ⅱ)口	18	192	172	20	153	39	134	58
	科学的介護推進体制加算 1回/月	50	536	482	54	428	108	375	161
	安全対策体制加算 1回/初回月	20	214	192	22	171	43	149	65
その他の加算		下記、Ⅲその他の加算を参照(項目に該当の方)							
介護職員処遇改善加算Ⅰ		所定単位数合計の8.3%を加算							
介護職員等特定処遇改善加算Ⅰ		所定単位数合計の2.7%を加算							

■Ⅱ食費及び居住費(介護保険外サービス)

※負担限度額認定証の段階により費用が異なります。 単位:円/日

	第1段階	第2段階	第3段階①	第3段階②	第4段階
食費	300	390	650	1,360	1,445
居住費	820	820	1,310		2,006
第1段階	本人が生活保護・老人福祉年金受給者で市町村民税非課税				
第2段階	本人が市町村民税非課税・「老齢」「遺族」「障害」年金80万以下であり、預貯金額 単身650万 夫婦1,650万				
第3段階①	本人が市町村民税非課税・「老齢」「遺族」「障害」年金120万以下であり、預貯金額 単身550万 夫婦1,550万				
第3段階②	本人が市町村民税非課税・「老齢」「遺族」「障害」年金120万以上であり、預貯金額 単身500万 夫婦1,500万				
第4段階	本人が課税されている				

ご参考) 上記ⅠとⅡを計算した1ヶ月(30日)分の利用者負担額の目安

単位:円/月

	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	
第1段階	48,600 (注)					
第2段階	51,300~60,900 (注)					
第3段階①	83,400 (注)					
第3段階②	104,700 (注)					
第4段階	1割負担	127,950	130,350	132,960	135,420	137,820
	2割・3割負担	147,930~210,803 (注)				

(注) 上記金額は、Ⅰ基本サービス費に関して「高額介護サービス費」を適用した表示となっています。

「高額介護サービス費」とは、介護保険の窓口で申請することにより1ヶ月に支払った利用者負担額の合計が負担限度額(15,000~140,100)を超えたときに、超えた分が払い戻される制度です。

通常「高額介護サービス費」の受け取りを施設等に委任することにより、施設に対して負担限度額以上を支払う必要がなくなります。

■Ⅲその他の加算(介護保険サービス)

単位:円/日

	単位	サービス費用【10割】	負担割合 1割負担の方		負担割合 2割負担の方		負担割合 3割負担の方		
			保険給付額【9割】	利用者負担額【1割】	保険給付額【8割】	利用者負担額【2割】	保険給付額【7割】	利用者負担額【3割】	
			個別機能訓練加算(Ⅰ)	12	128	115	13	102	26
個別機能訓練加算(Ⅱ) 1回/月	20	214	192	22	171	43	149	65	
経口維持加算(Ⅰ) 1回/月	400	4,288	3,859	429	3,430	858	3,001	1,287	
初期加算/30日間(入居・入院)	30	321	288	33	256	65	224	97	
配置医師緊急時対応加算 早朝・夜間 1回	650	6,968	6,271	697	5,574	1,394	4,877	2,091	
配置医師緊急時対応加算 深夜 1回	1,300	13,936	12,542	1,394	11,148	2,788	9,755	4,181	
看取り介護加算(Ⅱ)	死亡日前31日以上45日以下	72	771	693	78	616	155	539	232
	死亡日前4日以上30日以下	144	1,543	1,388	155	1,234	309	1,080	463
	死亡日前日および前々日	780	8,361	7,524	837	6,688	1,673	5,852	2,509
	死亡日	1,580	16,937	15,243	1,694	13,549	3,388	11,855	5,082

※上記以外、介護保険の給付対象とならないサービス(特別な食事、理美容等)については全額がご契約者の負担となります。