

利用申請書

小規模多機能ホームせとうち 施設長殿

申込者 _____ 印 _____

介護保険法による施設利用(小規模多機能)を希望しますので申請します。

申込日	令和 年 月 日	本籍地	都・道・府・県		
本人氏名	フリガナ	性別	男・女		
生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日生 (歳)				
現住所	〒 電話番号 ()				
現在の居所					
緊急連絡先	氏名	続柄()	電話		
		明・大・昭 年 月 日生(歳)			
	住所	〒	携帯		
	氏名	続柄()	電話		
	明・大・昭 年 月 日生(歳)				
	住所	〒	携帯		
利用料支払者	1.本人負担 2.一部縁故者 3.全額縁故者 4.その他()				
家族の状況 (近親者)	氏名	年齢	続柄	住所	電話番号
保険について お手持ちの手帳類について○をしてください。 健康保険証 介護保険証 老人医療受給者証 被爆者手帳 身体障害者手帳 心身障害者医療費受給資格証 後期高齢者医療被保険者証 減額認定証					
年金について ご本人様が受給している年金の種類に○をしてください。 国民年金 厚生年金 共済年金 遺族年金 恩給 その他					
その他該当するものがありましたら○をしてください。 市町村民税非課税 生活保護					
入居希望理由					

施設処理欄

受付者		受付年月日	令和 年 月 日	入力の有無	
-----	--	-------	----------	-------	--

小規模多機能ホームせとうち 料金表

○食事の提供（食事代）

ご契約者に提供する食事に要する費用です。

料金 朝食370円 昼食510円 おやつ130円 夕食490円

○宿泊に要する費用

ご契約者に提供する宿泊サービスの宿泊に要する費用です。

料金 2,100円/一泊

○加算

加算項目	単価
初期加算（30日まで）	30円/日
認知症加算（Ⅰ）	800円
認知症加算（Ⅱ）	500円
サービス提供体制強化加算（Ⅰイ）	640円
サービス提供体制強化加算（Ⅱ）	350円
看護職員配置加算（Ⅰ）	900円
総合マネジメント加算	1,000円
訪問体制強化加算	1,000円
看取り連携体制加算（死亡日以前30日以下）	64円/日
介護職員処遇改善加算	所定単位数×10.2%
介護職員特定処遇改善加算	所定単位数×1.2%

小規模多機能ホーム せとうち・せとうちの郷 介護保険費用

	要介護度	介護保険費用 (単位数×10円)	自己負担 (左記の1割)
	要支援1	34,180円	3,418円
同一建物に居住していない(自宅等)	要支援2	69,080円	6,908円
場合のサービス利用	要介護1	103,640円	10,364円
	要介護2	152,320円	15,232円
	要介護3	221,570円	22,157円
	要介護4	244,540円	24,454円
	要介護5	269,640円	26,964円

せとうちの郷 (単位数×10.17円)