

特別養護老人ホーム わとなーる桜川 入所申込のご案内

1. 「特別養護老人ホーム わとなーる桜川」について

(1) 所在地

中央区入船1-1-13 桜川敬老館等複合施設内
4・5階：特別養護老人ホーム わとなーる桜川（地域密着型特別養護老人ホーム）

(2) 開設日

令和3年3月22日（月）

※ 入所者の受入れは、開設日以降に順次行います。

(3) 施設内容

特別養護老人ホームの定員は29名で、10名・10名・9名の3ユニットで構成されています。全室個室により構成された少人数単位のユニットごとにリビングを配置し、家庭的な雰囲気の中で、介護を行う施設です。

※ 併設の認知症高齢者グループホームの入居については、「グループホーム ロンジェ 入居申込のご案内」をご覧ください。

(4) 利用料金の例

要介護4で、1割負担の場合の月額利用料金

内容		金額
介護保険サービス利用者負担		28,050円
居住費		60,180円
日常生活費		1,500円～3,810円
食事代	朝食(@382円)	11,460円
	昼食(@505円)	15,150円
	夕食(@505円)	15,150円
計		131,490円～133,800円

参考) 要介護度別の介護保険サービス利用者負担

要介護度	利用者負担
要介護1	21,150円
要介護2	23,370円
要介護3	25,740円
要介護4	28,050円
要介護5	30,270円

- ・介護保険サービス利用者負担は基本料金であり、各種加算があります。また、利用者負担割合及び要介護度により金額が変わります。
- ・居住費及び食事代については、低所得者に対する軽減制度があります。
- ・日常生活費は利用者の選択により金額が変わります。
- ・このほか、薬代・生活必需品などの実費負担分がかかる場合があります。
- ・こちらは、令和2年12月時点の金額です。

2. 入所の対象となる方

中央区にお住まいで、常時介護が必要なため、居宅での介護を受けることが困難な、①または②の方

- ① 介護保険の要介護認定により要介護3～要介護5と認定された方
 - ② 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（特例入所の要件）に該当するため、介護保険の要介護認定により要介護1・2と認定された方の特例的な施設への入所（特例入所）が認められる方
- ※ 既に特別養護老人ホームに入所している方は除きます。
- ※ 他の施設へ申込みされている方も併願して申込みすることができます。
- ※ 特別養護老人ホームは医療施設ではないため、本人の身体状況等から治療の必要があると認められる場合は、入所判定対象とはならない場合があります。

3. 入所申込書の配布場所

区役所4階介護保険課、各おとしより相談センターにて入所申込書を配布しています。
また、当法人ホームページ (<http://www.watona-ru.com>) からダウンロードが可能です。

4. 申込方法等

入所申込書 及び **介護保険被保険者証のコピー1部** を郵送して下さい。

申込期間は、令和2年12月2日（水）～ 令和2年12月28日（月）消印有効

郵送先：〒134-0084

東京都江戸川区東葛西7-19-8 わとなーる開設準備室

※ 申込内容を確認させていただくために、当法人から電話連絡させていただく場合があります。入所申込書の申請者の「連絡先」の欄には、日中連絡のとれるお電話番号を記入してください。

5. 電話での申込相談

入所申込についてご相談をお受けしますので、次頁の【お問い合わせ先】をご覧ください。

6. 入所までの流れ

申込期間内に申込みをされた方について、中央区の入所調整基準（＊）に基づいて配分した点数を勘案して入所順位を決定し、令和3年2月上旬に入所順位を通知します。

入所順位が近づきますと、当法人より電話連絡の上、事前訪問し、診療情報提供書の提出を依頼します。

（＊）入所調整基準 : 要介護度、認知症の状態、年齢、介護環境、区民期間
（基準日：令和3年1月4日）

※ 中心静脈栄養・胃瘻や鼻腔からの経管栄養・人工透析が必要な方、気管切開をされている方など必要な医療処置の内容によっては、施設では対応できない場合があります。

※ 令和3年2月上旬に通知する入所順位については、令和3年10月の入所調整会議において、入所申込者の状態をもとに入所調整基準により見直しを行います。

【お問い合わせ先】

わたなーる開設準備室 電話番号

080-8372-2647

090-5832-6910

080-2838-9673

受付時間：土日祝日を除く、午前10時～午後4時

特別養護老人ホーム **わとなーる桜川** 入所申込書

(宛先)

社会福祉法人わとなーる
特別養護老人ホーム

申込日 令和 年 月 日

わとなーる桜川

担当者行

受付印

申請者	ふりがな			
	氏名			
	住所	〒		
	連絡先	自宅		
		携帯		
入所申込者との関係				
送付先 <small>入所申込者以外を通知の送付先に指定する場合</small>	ふりがな			
	氏名	(続柄:)		
	住所	〒		

入所	ふりがな				生年月日	大正・昭和 年 月 日 (歳)			
	氏名				性別	男・女	連絡先		
	住所	中央区				健康保険			
	要介護度					社保・国保・共済 後期高齢者医療・生保 その他()			
	有効期間満了日	
申込	更新・区分変更申請中の場合	申請日: 年 月 日			介護保険被保険者番号				
	介護支援専門員(ケアマネジャー)	<input type="checkbox"/> いる	事業所名						
者	現在介護を受けている場所	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 自宅以外の親族の居宅 <input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 介護療養型医療施設 <input type="checkbox"/> 介護老人保健施設 <input type="checkbox"/> グループホーム <input type="checkbox"/> 有料老人ホーム <input type="checkbox"/> ケアハウス <input type="checkbox"/> その他() ※施設・病院にいる場合は下段に記入							
		※施設・病院名			※入所・入院時期 年 月 頃				
医療	現在受けている医療処置	1. 無							
		2. 有	<input type="checkbox"/> 中心静脈栄養(IVH) <input type="checkbox"/> 人工透析 <input type="checkbox"/> ストーマ(人工肛門) <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 留置カテーテル 経管栄養(<input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 鼻腔 <input type="checkbox"/> その他) <input type="checkbox"/> インシュリン <input type="checkbox"/> その他()						
家族欄	同居していない家族についても記入してください。	氏名	続柄	年齢	住所	連絡先			

裏面あり

入所申込者の状況	中央区 区民期間	1 30年以上 2 10年以上30年未満 3 5年以上10年未満 4 5年未満	他施設にも 申し込みを <input type="checkbox"/> している <input type="checkbox"/> していない
	入所申込み をする理由		
病歴		認知症の状態 ※ケアマネジャーが いる方は、ケアマネジャー に確認の上、記入す る。 いない方は記入不要	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> Ⅲa <input type="checkbox"/> Ⅰ <input type="checkbox"/> Ⅲb <input type="checkbox"/> Ⅱa <input type="checkbox"/> Ⅳ <input type="checkbox"/> Ⅱb <input type="checkbox"/> M
介護環境	介護環境	1 身寄りがいない ※身寄りがいないとは、三親等以内の親族がいない場合をいう。	
		2 次の理由により介護が十分ではない	
		(1) <input type="checkbox"/> 70歳以上の高齢者世帯(同一建物内に70歳未満の親族が居住している場合を除く。)	
		(2) <input type="checkbox"/> 介護者が要介護者であるか(要介護1以上)、身体障害者手帳3級以上の認定を受けている(介護者 氏名:)	
		(3) <input type="checkbox"/> 介護者が複数人を介護している(要介護者 氏名:) (要介護1以上、身体障害者3級以上または知的障害3度以上)	
		(4) <input type="checkbox"/> 介護者が就労中(フルタイム勤務、自営、パート勤務)(介護者 氏名:)	
		※(2)、(3)とも介護者が入所申込者と同居の場合に限る。	
その他	※ 特に知らせたいことや現在介護する上で、困っていることがあれば記入してください。		

要介護度、介護環境等に変更があった場合は、必ず届け出てください。

同意書

私は、この申込書、要介護認定に係る調査資料等入所調整基準確認のために必要な情報を収集し、特別養護老人ホーム入所調整業務に使用することに同意します。

令和 年 月 日 入所申込者氏名(署名) _____

代筆者氏名(署名) _____

社会福祉法人 わとなーる
特別養護老人ホーム
わとなーる桜川

〒104-0042
東京都中央区入船1-1-13 4・5階

特別養護老人ホーム **わたなへる桜川** 入所申込書(記入例)

(宛先)
 社会福祉法人わたなへる
 特別養護老人ホーム

申込日 令和 2 年 〇〇 月 〇〇 日

わたなへる桜川

担当者行

受付印

見本

申請者	ふりがな	ちゅうおう はなこ	
	氏名	中央 花子	
	住所	〒104-0045 中央区入船4-1-1	
	連絡先	自宅	03-1111-2222
		携帯	090-1111-2222
入所申込者との関係		妻	
送付先	ふりがな	ちゅうおう いちろう	
	氏名	中央 一郎 (続柄: 長男)	
	住所	〒123-4567 千葉県千葉市中央区1-1-1	
入所申込者以外を通知の送付先に指定する場合			

入所	ふりがな	ちゅうおう たろう		生年月日	大正・昭和 〇年 3月 1日 (〇△歳)			
	氏名	中央 太郎		性別	男	女	連絡先	03-1111-2222
	住所	中央区 入船4-1-1					健康保険	
要介護度	4		社保・国保・共済 後期高齢者医療・生保 その他()					
	有効期間満了日	H30.4.1						
申込	更新・区分変更申請中の場合	申請日:	年	月	日	介護保険被保険者番号	1234567	
	介護支援専門員(ケアマネジャー)	<input checked="" type="checkbox"/> いる	事業所名	〇〇〇 介護サービス			氏名	京橋 一子
者	現在介護を受けている場所	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 自宅以外の親族の居宅 <input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 介護療養型医療施設 <input checked="" type="checkbox"/> 介護老人保健施設 <input type="checkbox"/> グループホーム <input type="checkbox"/> 有料老人ホーム <input type="checkbox"/> ケアハウス <input type="checkbox"/> その他() ※施設・病院にいる場合は下段に記入						
		※施設・病院名			〇△□苑		※入所・入院時期	
医療	現在受けている医療処置	1. 無						
		2. 有	<input type="checkbox"/> 中心静脈栄養(IVH) <input type="checkbox"/> 人工透析 <input type="checkbox"/> ストーマ(人工肛門) <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 留置カテーテル 経管栄養(<input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 鼻腔 <input type="checkbox"/> その他) <input type="checkbox"/> インシュリン <input type="checkbox"/> その他()					
家族欄	同居していない家族についても記入してください。	氏名	続柄	年齢	住所	連絡先		
		①中央 花子	妻	70	中央区入船4-1-1	03-1111-2222		
		桜川 一子	長女	52	中央区月島5-2-2	03-3333-4444		
		②中央 一郎	長男	54	千葉県千葉市中央区1-1-1	55-6666-7777		
		中央 京子	長男の妻	50	同上	同上		
中央 次郎	弟	76	中央区日本橋4-3-3	03-8888-9999				

裏面あり

連絡する順番をつけて下さい。

同居・別居に関わらず「子」「兄弟」「姉妹」を記入して下さい。

入所申込者の状況	中央区 区民期間	<input checked="" type="radio"/> 1 30年以上 <input type="radio"/> 2 10年以上30年未満 <input type="radio"/> 3 5年以上10年未満 <input type="radio"/> 4 5年未満	他施設にも 申し込みを <input checked="" type="checkbox"/> している <input type="checkbox"/> していない	
	入所申込み をする理由	例) 老人保健施設へ入所していますが、退所時期が近付いています。 また、介護者が高齢であり、自宅での介護が困難です。 ※具体的に理由を記入して下さい。		
病歴	例) 昭和28年: 結核のため入院(〇〇療養所に1年間) 平成30年: 脳梗塞のため入院(△△病院に3ヵ月間)	認知症の状態	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIIb <input checked="" type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> M	<small>※ケアマネジャーがいる方は、ケアマネジャーに確認の上、記入する。 いない方は記入不要</small>
	介護環境	1 身寄りがいない <small>※身寄りがいないとは、三親等以内の親族がいない場合をいう。</small> <input checked="" type="radio"/> 2 次の理由により介護が十分ではない (1) <input checked="" type="checkbox"/> 70歳以上の高齢者世帯(同一建物内に70歳未満の親族が居住している場合を除く。) (2) <input type="checkbox"/> 介護者が要介護者であるか(要介護1以上)、身体障害者手帳3級以上の認定を受けている(介護者 氏名:) (3) <input type="checkbox"/> 介護者が複数人を介護している(要介護者 氏名:) (要介護1以上、身体障害者3級以上または知的障害3度以上) (4) <input checked="" type="checkbox"/> 介護者が就労中(フルタイム勤務、自営、パート勤務)(介護者 氏名: 桜川 一子) <small>※ (2)、(3) とも介護者が入所申込者と同居の場合に限る。</small>		
その他	<small>※ 特に知らせたいことや現在介護する上で、困っていることがあれば記入してください。</small> 例) 昼と夜が逆転している。食事を食べたことを忘れている。 ※内容を詳しく記入して下さい。			

要介護度、介護環境等に変更があった場合は、必ず届け出てください。

同意書

私は、この申込書、要介護認定に係る調査資料等入所調整基準確認のために必要な情報を収集し、特別養護老人ホーム入所調整業務に使用することに同意します。

令和 2 年 〇〇月 〇〇日 入所申込者氏名(署名)

中央 太郎

代筆者氏名(署名)

中央 花子

自筆サインで
記入して下さい。

社会福祉法人 わとなーる
特別養護老人ホーム
わとなーる桜川

〒104-0042
東京都中央区入船1-1-13 4・5階