小規模生活単位型
（ユニット型）
特別養護老人ホーム
ななふく苑



運営方針

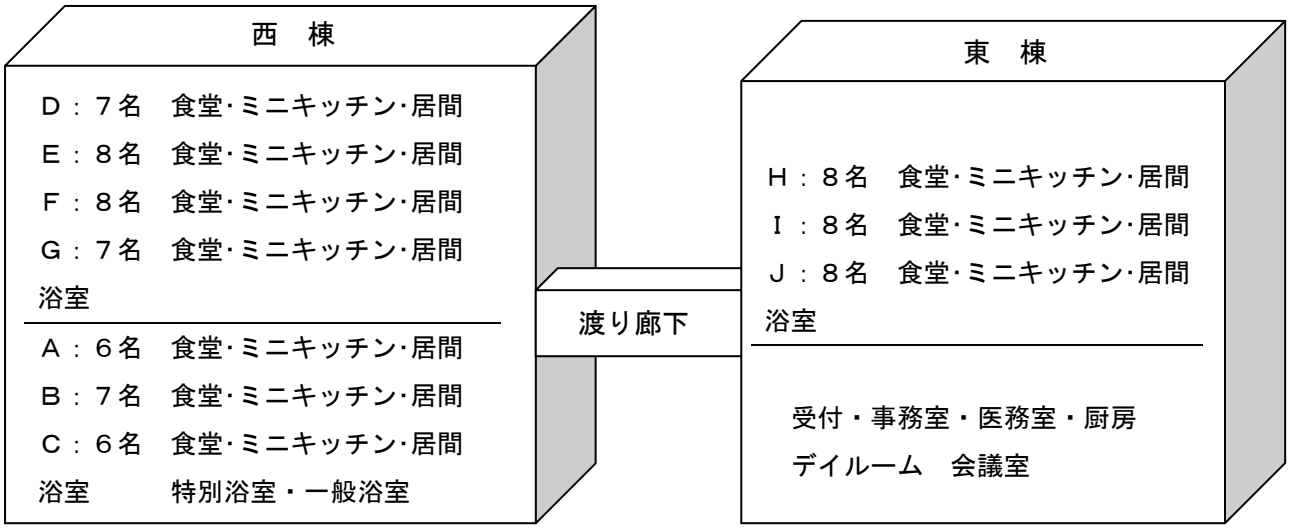
●聴覚言語障害の方のコミュニケーションがスムーズに図れるように援助します。
●緊急時でも目で見てわかるように配慮した設備を用意します。
●６人から８人のグループを１ユニットとして生活します。
●ななふく苑は「利用者が主人公」を基本理念とし、「７つの幸福のあるくらし」をめざします。
①安心できるくらし　②安楽なくらし　③温かいコミュニケーションのあるくらし
④情報が保障されたくらし　⑤心通い合う仲間とのくらし　⑥選べるくらし
⑦手厚い援助のあるくらし

事業概要

① 特別養護老人ホーム　定員 68 名
② 短期入所生活介護（ショートスティ）定員５名
③ 通所介護（デイサービス）定員 30 名
④ 居宅介護支援事業所
⑤ 地域包括支援センターななふく苑支所
⑥ 相談支援センターどんぐり
⑦ 彩の国あんしんセーフティネット

各階の概要

・西棟１階３ユニット（A・C ユニット：６人　B ユニット７人）
・西棟２階４ユニット（D・G ユニット：７人　E・F ユニット８人）
・東棟２階３ユニット（H・I・J ユニット：８人）



（ユニット数はショートステイを含む）

入所申し込みが可能な方

・介護保険による要介護度１～５に該当される方

優先入所申込について

目的：入所の必要性が高い方が優先的に入所していただくため、入所に関する手続き、入居の必要性を評価する基準等を示すことで入所決定過程の透明性、公平性を確保します。

申込：ななふく苑優先入所申込書および必要書類を提出していただきます。

判定：入所検討委員会を開催し、申込書に基づき入所の必要性、受け入れ体制を勘案して総合的に判定します。

結果：通知書によりお知らせします。

用意していただく書類

① ななふく苑優先入所申込書（その１・その２）

② 利用者基本情報１・２

③ 認定調査票、主治医意見書の写し

（お住まいの各市町村役場の介護保険課へ申請し、交付を受けてください。）

④ 直近３か月分のサービス利用表及び別表の写し

（在宅サービスを利用していない場合は提出不要です。）

⑤ 介護保険証の写し

⑥ 身体障害者手帳の写し（聴覚障害者の方に限ります）

※記入事項につきましては、関係機関（担当ケアマネジャー・医療相談員等）に

ご相談の上ご記入いただくか、下記担当までお問い合わせください。

社会福祉法人　埼玉聴覚障害者福祉会
特別養護老人ホーム「ななふく苑」
〒350-0433 埼玉県入間郡毛呂山町西大久保 766-１
TEL　０４９－２７６―５３１１
FAX　０４９－２７６―５３１５
担当：鈴木

特別養護老人ホームななふく苑　ご利用料金表　2026.10

① ユニット型介護サービス費（１日あたり）

介護度	要介護１	要介護２	要介護３	要介護４	要介護５
単　位	６７０単位	７４０単位	８１５単位	８８６単位	９５５単位

介護保険法に基づき、要介護認定による介護度によって単位が異なります。

② 加算（１日あたり）

看護体制加算Ⅰ	４単位	個別機能訓練加算Ⅰ	１２単位
日常生活継続支援加算Ⅱ	４６単位	個別機能訓練加算Ⅱ	２０単位/月
障害者生活支援体制加算	４１単位	口腔衛生管理加算Ⅱ	１１０単位/月
夜勤職員配置加算Ⅳ	２１単位	排せつ支援加算Ⅰ	１０単位/月
自立支援促進加算	２８０単位/月	褥瘡マネジメント加算Ⅰ	３単位/月
科学的介護推進体制加算Ⅱ	５０単位/月	初期加算（30 日間のみ）※	３０単位
外泊時費用　※	２４６単位	療養食加算　※	６単位
若年性認知症入居者受入加算※	１２０単位/月		
看取り介護加算　※	７２単位～ １５８０単位		

※　対象者のみ

③ 食事代（１日あたり）

第一段階	第二段階	第三段階①	第三段階②	第四段階
３００円	３９０円	６８０円	１,４２０円	１，９５０円

介護保険負担限度額認定を受けている場合には、認定証に記載された額となります。

④ 室料（1 日あたり）

段階	第一段階	第二段階	第三段階①	第三段階②	第四段階
西棟	８８０円	８８０円	１，３７０円	１,４７０円	２，４００円
東棟	８８０円	８８０円	１，３７０円	１,４７０円	２，１００円

介護保険負担限度額認定を受けている場合には、認定証に記載された額となります

⑤ 特別室料（1 日あたり）　※介護保険負担限度額認定の対象にはなりません。

東棟	１，３３０円

上記で使われている段階とは

介護保険負担限度額認定証	配偶者がいない場合	配偶者がいる場合
第１段階	生活保護受給者または老齢福祉年金受給者（本人および世帯全員が住民税非課税者）	
第２段階	・本人および世帯全員が住民税非課税 ・本人の課税対象年金収入額※1＋合計所得金額が８０万円以下 ・本人の預貯金等※2 が６５０万円以下	・本人および世帯全員と配偶者が住民税非課税 ・本人の課税対象年金収入額※1＋合計所得金額が８０万円以下 ・夫婦の預貯金等※2 が１，６５０万円以下
第３段階①	・住民税非課税の方で、前年の合計所得額＋年金収入額が８０万超１２０万以下 ・本人の預貯金等※2 が５５０万円以下	・住民税非課税の方で、前年の合計所得額＋年金収入額が８０万超１２０万以下 ・夫婦の預貯金等※2 が１，５５０万円以下
第３段階②	・住民税非課税の方で、前年の合計所得額＋年金収入額が１２０万超 ・本人の預貯金等※2 が５００万円以下	・住民税非課税の方で、前年の合計所得額＋年金収入額が１２０万超 ・夫婦の預貯金等※2 が１，５００万円以下

※令和３年８月から、負担限度額の要件、及び食費にかかる自己負担額が変更になりました。

※2 対象とするもの・・・預貯金、投資信託、有価証券、その他現金、負債（一般的な金銭の借入、住宅ローン等）

対象としないもの・・・　生命保険、貴金属（時価評価額の把握が困難なもの）など

⑥ その他

・家電製品利用料：１台持ち込みにつき 100 円／日

・預かり金管理料：3,000 円／月

・理容代／医療費／日常生活にかかる消耗品および個人の嗜好品等：実費

※在宅者向けの福祉手当⇒施設入所後は支給されません

（注）この料金表は経済状況等の変化、その他やむ得ない理由がある場合、金額が変わる事もあります。

様式１

特別養護老人ホームななふく苑優先入所申込書（その１）

特別養護老人ホームななふく苑施設長　様

申込日	令和　　年　　月　　日
受付日	令和　　年　　月　　日

家族図

【申込者】

住　　所	〒	
（ふりがな） 氏　　名		本人との関係
電話番号	（　　）	

特別養護老人ホームななふく苑へ優先入所したいので、次のとおり申し込みます。

本人の状況

（ふりがな） 氏　　名		**性別**	**保　険　者**
			被保険者番号
			要介護度　１・２・３・４・５
生年月日	明・大・昭　　年　　月　　日（　　歳）	**介護認定期間**	令和　　年　　月　　日から 令和　　年　　月　　日まで
住　　所	〒		

現在利用している在宅サービスの状況（※２）

1 訪問介護 （　　） 2 訪問入浴介護 （　　） 3 訪問看護 （　　）	4 訪問リハビリテーション （　　） 5 通所介護 （　　） 6 通所リハビリテーション （　　）	7 短期入所生活介護 （　　） 8 短期入所療養介護 （　　） 9 福祉用具の貸与・購入費の支給 （　　） １０その他 （　　）

施設サービス利用状況（※２）

1 老人保健施設 （　　） 2 特別養護老人ホーム （　　）	3 介護療養型医療施設 （　　） 4 病院 （　　）	5 その他 （　　）

医療的処置の状況（現在治療中の病気等）

優先入所を希望する理由（※３）

１介護者がいないため
（　　）
２介護者がいるが障害や疾病の状況にあり介護が困難なため
（　　）
３介護者がいるが高齢等のため十分な介護が困難なため
（　　）
４介護者がいるが就職しているため十分な介護が困難なため
（　　）
５介護者がいるが育児又は家族が病気の状況にあり十分な介護が困難なため
（　　）
６介護保険施設に入所しているが替わりたい
（　　）
７その他（　　）

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すると思われる項目に印を付けてください。

☐ 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みられる。
☐ 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みられる。
☐ 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。
☐ 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。

特別養護老人ホームななふく苑優先入所申込書（その２）

<table>
<tr><td rowspan="6">介護者の状況</td><td rowspan="3">主たる介護者</td><td>（ふりがな）
氏　　名</td><td colspan="2"></td><td>性　別
男・女</td><td>本人との関係</td></tr>
<tr><td>生年月日</td><td colspan="4">明・大・昭　　年　　月　　日（　　歳）</td></tr>
<tr><td>同居の区分</td><td colspan="4">１同居
２別居（　　）</td></tr>
<tr><td rowspan="3">従たる介護者</td><td>（ふりがな）
氏　　名</td><td colspan="2"></td><td>性　別
男・女</td><td>本人との関係</td></tr>
<tr><td>同居の区分</td><td colspan="4">１同居
２別居（　　）</td></tr>
<tr><td>介護の可能性</td><td colspan="4">介護困難　・　多少介護可能　・　介護可能</td></tr>
<tr><td colspan="2">在宅介護期間</td><td colspan="5">年　　月　～　　年　　月</td></tr>
<tr><td colspan="2">主たる介護者の就労状況</td><td>主たる介護者の育児状況</td><td colspan="3">主たる介護者の健康状態</td></tr>
<tr><td colspan="2">有　(1日平均)・８時間以上
・４時間～８時間未満
無　・４時間未満</td><td>有(　　人　　歳)
無</td><td colspan="3">良好
不良（　　）
主たる介護者の家族の健康状態
良好
不良（　　）</td></tr>
<tr><td rowspan="2">その他</td><td>優先入所を
希望する時期</td><td colspan="5">１　今すぐ入所したい
２　　年　　月頃までには入所したい</td></tr>
<tr><td>申込の状況</td><td colspan="5">１　当該施設のみ申し込む
２　他の施設に申し込んでいる
所 在 地：
施 設 名：
待機期間：　　年　　ヶ月</td></tr>
<tr><td>説明確認</td><td colspan="6">私は、優先入所申し込みの際、入所決定の手続き及び入所の必要性を評価する基準等について施設から説明を受けました。
令和　　年　　月　　日
氏　名：</td></tr>
</table>

※１被保険者証（写）、サービス利用表（写）を添付してください。
　身体障害者手帳（聴覚言語障害に限る）所持の場合は、（写）を添付してください。
※２現在利用している在宅サービス、施設サービス等の利用状況の（　）内には、その具体的内容を記入してください。
※３優先入所を希望する理由の（　）内には、その具体的理由を記入してください。
※４必要性が無くなった場合は、別紙「特別養護老人ホームななふく苑優先入所申込取り下げ書」を提出して下さい。
※５申込内容に変更が生じた場合は、施設に連絡し、指示を受けてください。

利用者基本情報　　利用者氏名(必ずご記入ください)

主治医	医療機関名	科　担当医名
	住所 TEL/FAX	

在宅での状況

聴覚障害の方のみ	身体障害者手帳	種　級　障害名
	コミュニケーション	□手話　・□口話　・□筆談　・□身振り　・□補聴器 □その他（　　）
	退職前の職業・職種	
	聞こえなくなった時期	□先天性 □幼少時　　才くらいから(原因：　　) □中途失聴　　才くらいから(原因：　　)
	□不就学　・□ろう学校小学部卒　・□ろう学校中学部卒　・□ろう学校高等部卒 □その他（　　）	
視力	□普通　□弱視　□全盲　眼鏡使用　有・無	
聴力	□普通　□やや難聴　□難聴　□全ろう　補聴器使用　有・無	
言葉	□普通　□少し不自由　□不自由	
移動	□自分で可　□一部介助　□全介助 ・独歩　・伝い歩き　・杖　・歩行器　・シルバーカー　・車イス （・自力で乗車　・一部介助にて乗車　・全介助にて乗車）　・その他	
尿便意	□ある　□はっきりしない　□ない	
排泄	□自分で可　□一部介助　□全介助 ・ポータブルトイレ　・尿器　・リハビリパンツ　・尿取りパッド　・おむつ・その他	
入浴	□自分で可　□一部介助　□全介助 ・自宅　・訪問入浴　・訪問介護　・通所介護／リハビリ　（・一般浴　・特浴）	
着脱衣	□自分で可　□一部介助　□全介助	
□腔ケア・洗面	□自分で可　□一部介助　□全介助 （義歯：・上　・下　・一部）	
嚥下状態	□良好　□見守り　□困難	
食事	□自分で可　□一部介助　□全介助 （・箸　・スプーン　・フォーク）	
睡眠状況	（　・ベッド　・布団）	

利用者基本情報　　利用者氏名(必ずご記入ください)＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

理解及び記憶		
短期記憶	□問題なし　□問題あり	
日常の意思決定を行うための認知能力	□自立　□いくらか困難　□見守りが必要 □判断できない	
自分の意志の伝達能力	□伝えられる　□いくらか困難 □具体的要求に限られる　□伝えられない	
問題行動の有無　□有　□無 有の場合　□幻視･幻聴　□妄想　□昼夜逆転　□暴言　□暴行　□介護への抵抗 □徘徊　□火の不始末　□不潔行為　□異食行動　□性的問題行動 □その他（　　）		
障害老人の日常生活自立度	自立　・J1　・J2　・A1　・A2　・B1　・B2　・C1　・C2	
認知性老人の日常生活自立度	自立　・Ⅰ　・Ⅱa　・Ⅱb　・Ⅲa　・Ⅲb　・Ⅳ　・M	
既往歴	診断名　　発症年月日 1　S・H・R　年　月　日頃／入院　有（　　）・無 2　S・H・R　年　月　日頃／入院　有（　　）・無 3　S・H・R　年　月　日頃／入院　有（　　）・無	
現病歴		内服薬等
感染症	有　　無　　不明	
ｱﾚﾙｷﾞｰ	有　　無　　不明	
身体の状態	□四肢欠損　（部位：　　程度：□軽　□中　□重　） □麻痺　（部位：　　程度：□軽　□中　□重　） □筋力の低下　（部位：　　程度：□軽　□中　□重　） □褥瘡　（部位：　　程度：□軽　□中　□重　） □その他の皮膚疾患　（部位：　　程度：□軽　□中　□重　） □関節の拘縮　・肩関節　□右　□左　・股関節　□右　□左 ・肘関節　□右　□左　・膝関節　□右　□左 □失調　・上　肢　□右　□左　・体　幹　□右　□左 付随意運動　・下　肢　□右　□左	
特記事項		

この情報は、優先入所検討以外の目的で使用しません。　　ななふく苑