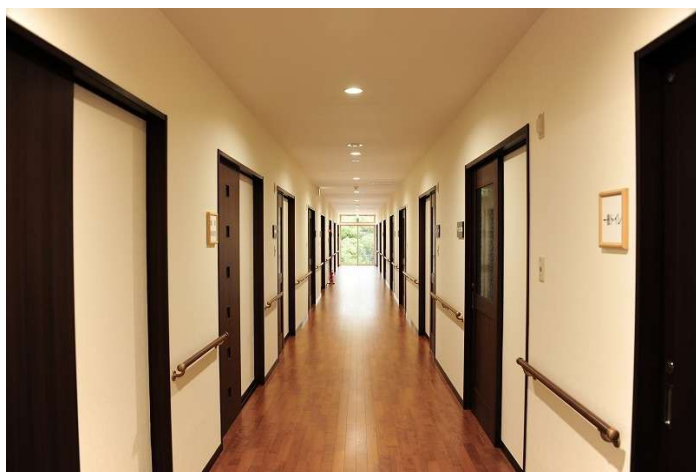


サービス付き高齢者住宅ありがとう

場所：西之表市上之原地区



〒891-3101

鹿児島県西之表市西之表9309-2

TEL : 0997-28-3088

FAX : 0997-28-3138

MAIL : sakoju@kaigo-arigato.com

管理者：鮫島寛大

helper
Arigato

(Ver.4)

サービス付き高齢者住宅とは？

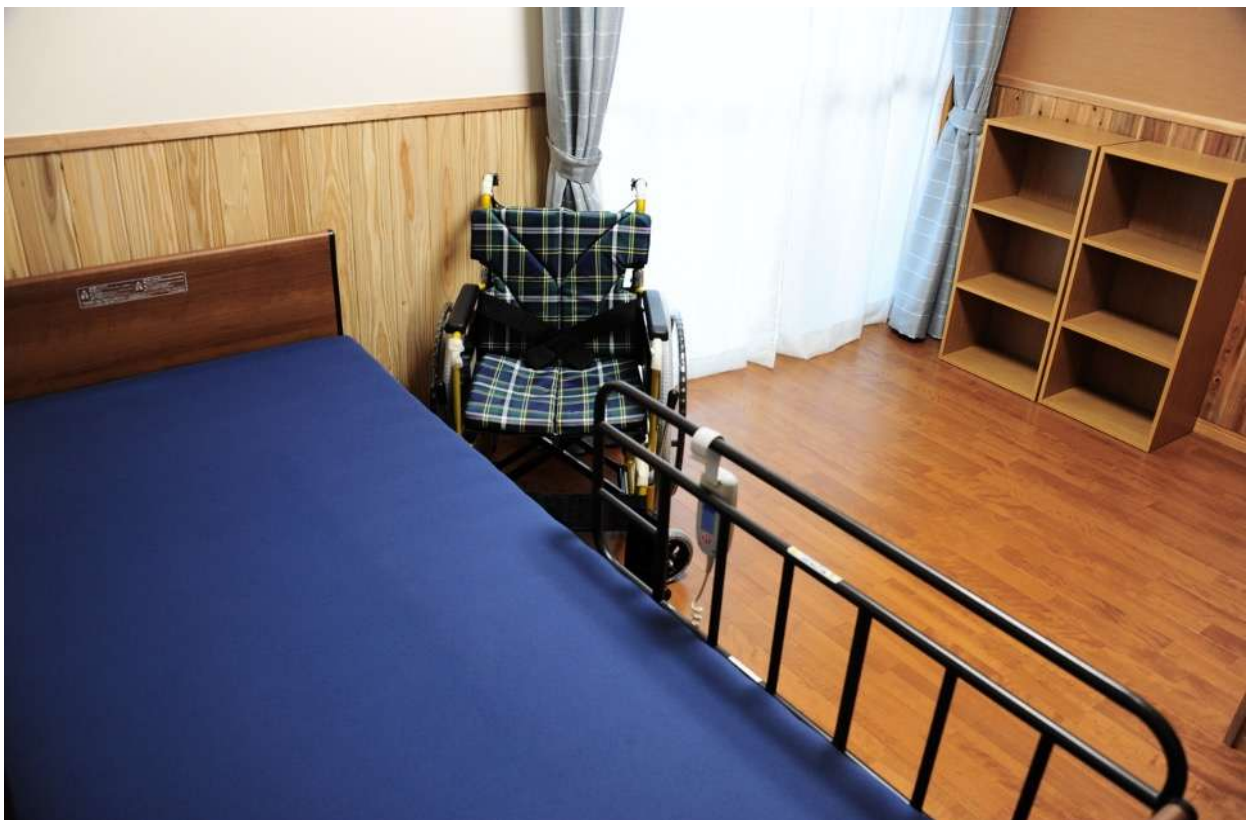
ご高齢者の様々なご要望や生活スタイルにお応え出来る、理想の住まいです。

- ①高齢者住まい法に基づいた、バリアフリー設計の住宅です。
- ②賃貸住宅なので、入居金などが不要です。
- ③介護スタッフが24時間365日の見守り・安否確認・生活相談を行います。
- ④これまでの在宅生活同様に、様々な介護サービスをご利用出来ます。
- ⑤おおむね60歳以上の方が入居可能となります。
- ⑥収入が387,000円/月 以下の方が入居可能です。



サービス付き高齢者住宅**ありがとう**の特徴とは？

- ① 種子島で初のサービス付き高齢者住宅です！
- ② 完全個室（18.240 m²）で施錠も出来ます！
- ③ 各居室には、トイレ・洗面所・IHキッチンが完備されています！
- ④ 各居室には、エアコン・冷蔵庫・TVチューナー・無線LANが完備！
- ⑤ 24時間365日の見守りがあり、軽度から重度の方まで入居可能です！
- ⑥ 機械浴を設置していますので、寝たきりの方も安心して入浴できます！
- ⑦ 訪問介護による喀痰吸引・経管栄養のサービスが受けられます！
- ⑧ ご自宅で使用していた家具や家電、衣類や生活用品を持ち込めます！

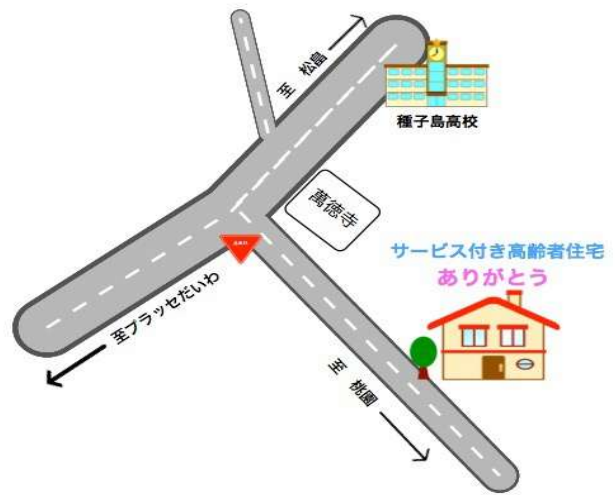


場所はどこにあるの？

西之表市の上之原地区です！

〒891-3101

鹿児島県西之表市西之表9309-2



料金はいくらかかるの？

	料金区分	金額	備考
基本料金	家賃	45,000	月途中の入退居は日割計算となります。
	生活支援サービス費	20,000	見守り・ゴミ出しなどの日常生活のお手伝い 月2回までの通院の介助など
	食材料費	30,000	調理費用はいただきません。
	水道光熱費	10,000	水道・電気・給湯など含む
	合計	105,000	

その他諸費用	敷金・礼金	0	
	洗濯	0	
	日用品など	実費負担	オムツ代・理美容・個人の趣向品など
	医療費	実費負担	
	介護保険自己負担	実費負担	
	自費訪問介護	実費負担	



helper
Arigato

お申込み・お問い合わせは？

〒891-3101

鹿児島県西之表市西之表9309-2

TEL：0997-28-3088

FAX：0997-28-3138

MAIL：sakoku@kaigo-arigato.com

担当： 事務長 木原博幸



 helper
Arigato

サービス付き高齢者住宅 **ありがとう** 入居申込書

受付番号	No.
受付日	令和 年 月 日
担当者	

申込者記入欄	申込日	令和 年 月 日		住所	〒 -	
	ふりがな					
	氏名					
	続柄	勤務先		連絡先	TEL	携帯

入居希望者さまの情報	ふりがな		性別		生年月日	明・大・昭 年 月 日	
	氏名	様		電話番号	-	-	
	住所	〒 -					
	要介護度	未申請・申請中・要支援()・要介護()			保険者		
	認定有効期間	令和 年 月 日から	令和 年 月 日まで	被保険者番号			
	居宅介護支援事業所名		ケアマネ氏名		連絡先	-	-
	居宅サービスの利用状況	訪問介護	回/週	通所介護	回/週	通所リハ	回/週
		訪問看護	回/週	訪問リハ	回/週	訪問入浴	回/週
		短期入所	日/月	福祉用具貸与			
	障害者手帳	有・無	介護保険負担限度額認定証	第 ____ 段階	その他手帳	特定疾患手帳などあれば記入	
	主治医	医療機関名		診療科目	科	医師名	先生
	受診内容	① ____ 科	回/月	② ____ 科	回/月	③ ____ 科	回/月
	医療行為	内服薬 有・無	塗り薬	有・無	経管栄養	有・無	吸引の必要 有・無
既往歴	疾患名			発症年月			
	①						
	②						
	③						
	④						
入居申込理由	<input type="checkbox"/> 介護する者が遠方に居住していて十分な介護が出来ないため						
	<input type="checkbox"/> 介護する者が「高齢」「障害」「疾病」等により十分な介護が出来ないため						
	<input type="checkbox"/> 介護する者が就労していて、日中となり、十分な介護が出来ないため						
	<input type="checkbox"/> 居住環境の事情により、十分な介護が出来ないため						
	<input type="checkbox"/> 医療機関や介護施設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限度額を超えており、経済的負担が大きいため						
	<input type="checkbox"/> その他 ()						

ご家族の情報	ふりがな		性別	生年月日	明・大・昭	年	月	日	
	氏名	様		電話番号	-	-			
	住所	〒 -						続柄	
	お勤め先		業種		お勤め先電話	-	-		

入居希望者さまの詳しい状況	現在の住まい状況							入居希望時期	すぐに	年	月	頃		
	食事	主食	<input type="checkbox"/> ごはん	<input type="checkbox"/> お粥	<input type="checkbox"/> 重湯	<input type="checkbox"/> 経管栄養	副食	<input type="checkbox"/> 普通	<input type="checkbox"/> 刻み	<input type="checkbox"/> 超刻み	<input type="checkbox"/> ミキサー			
		アレルギー	<input type="checkbox"/> あり ()					水分摂取	<input type="checkbox"/> 普通	<input type="checkbox"/> とろみ剤	<input type="checkbox"/> 経口摂取不可			
		食事動作	<input type="checkbox"/> 自力摂取	<input type="checkbox"/> 自力摂取+見守り		<input type="checkbox"/> 一部介助		<input type="checkbox"/> 全介助		<input type="checkbox"/> 経管栄養				
	入浴	<input type="checkbox"/> 一般浴	<input type="checkbox"/> 機械浴	<input type="checkbox"/> 入浴拒否なし		<input type="checkbox"/> 入浴拒否あり		<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助		<input type="checkbox"/> 全介助			
		入浴時の注意点												
	排泄	オムツ	<input type="checkbox"/> なし		<input type="checkbox"/> 尿パッドのみ		<input type="checkbox"/> リハビリパンツのみ		<input type="checkbox"/> リハビリパンツ+尿パッド					
			<input type="checkbox"/> オムツ+フラット+尿パッド			<input type="checkbox"/> 尿道カテーテル		<input type="checkbox"/> 人工肛門(ストーマ)						
		排泄動作	日中	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助		<input type="checkbox"/> 全介助	夜間	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助		<input type="checkbox"/> 全介助		
	移動	<input type="checkbox"/> 自立歩行		<input type="checkbox"/> 杖歩行		<input type="checkbox"/> 歩行器使用		<input type="checkbox"/> 車いす(自力)		<input type="checkbox"/> 車いす(全介助)		<input type="checkbox"/> 移動困難		
	認知症	疾患名	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> アルツハイマー型認知症			<input type="checkbox"/> 脳血管性認知症		<input type="checkbox"/> その他 ()					
		症状	<input type="checkbox"/> 徘徊	<input type="checkbox"/> 介護拒否		<input type="checkbox"/> 昼夜逆転		<input type="checkbox"/> 不潔	<input type="checkbox"/> 自他傷		<input type="checkbox"/> 幻視幻覚		<input type="checkbox"/> その他	
		認知症の症状を出来るだけ詳しく記入ください												
	経済状況	<input type="checkbox"/> 国民年金	<input type="checkbox"/> 厚生年金	<input type="checkbox"/> 共済年金	<input type="checkbox"/> 恩給		<input type="checkbox"/> 生活保護		<input type="checkbox"/> その他 ()					
ご本人の月収		万円		ご本人の年収	万円		ご家族からの支援	万円/月						
金銭管理		<input type="checkbox"/> ご本人		<input type="checkbox"/> ご家族		<input type="checkbox"/> その他 ()								
趣味嗜好	<input type="checkbox"/> お酒 () / 1日		<input type="checkbox"/> タバコ (本) / 1日		好きな音楽 ()									
	好きなスポーツ ()			好きなテレビ ()										
	ご趣味などを出来るだけ詳しく記入ください													
これまでの生活経緯	これまでご本人が歩んだ人生を出来るだけ詳しく記入ください													

その他	