

「ケアハウスとやま」月額利用料金表（令和元年度改定）

1. 入居時に30万円、ご夫婦の場合は40万円をお預りします。（ただし、退居時には原状回復に要する費用等を控除して返金させていただきます。）
2. 生活費で、11月から3月までの5か月間は、冬期加算として月額5,410円追加となります。
3. 居室で使われる水道・電気・ガス料（冷暖房費等）と電話料等は自己負担です。

対象収入による階層区分 (年間収入)	月額納付額				
	サービスの提供に要する費用	生活費	居住に要する費用	居室に関する費用	合計
1,500,000円以下	10,000円	46,940円	20,390円	10,000円	87,330円
1,500,001円～1,600,000円	13,000円	46,940円	20,390円	10,000円	90,330円
1,600,001円～1,700,000円	16,000円	46,940円	20,390円	10,000円	93,330円
1,700,001円～1,800,000円	19,000円	46,940円	20,390円	10,000円	96,330円
1,800,001円～1,900,000円	22,000円	46,940円	20,390円	10,000円	99,330円
1,900,001円～2,000,000円	25,000円	46,940円	20,390円	10,000円	102,330円
2,000,001円～2,100,000円	30,000円	46,940円	20,390円	10,000円	107,330円
2,100,001円～2,200,000円	35,000円	46,940円	20,390円	10,000円	112,330円
2,200,001円～2,300,000円	40,000円	46,940円	20,390円	10,000円	117,330円
2,300,001円以上	42,900円	46,940円	20,390円	10,000円	120,230円

- (注) 1. この利用料金表は、令和元年10月1日現在のものです。厚生労働省の改正等によって毎年4月に若干の料金改定があることをご承知ください。
2. この表における「対象収入」とは、入居者本人の前年の収入から、租税・社会保険料・医療費等の必要経費を控除した後の金額です。
3. 夫婦で入居する場合については、夫婦の対象収入を合算し、合計額の2分の1をそれぞれ個々の対象収入とし、その額が150万円以下に該当するときは、夫婦それぞれのサービスの提供に要する費用徴収額は、料金表の額より30%減額した金額となります。
4. 居室に関する費用は、夫婦部屋の方はお二人で1万5000円となります。

(入居希望者用)

「ケアハウスとやま」入居申し込みのしおり

1. 施設の目的

「ケアハウスとやま」は、身体が不自由なお年寄りを受け入れる養護施設ではありません。自立の生活を基本にして、入居者が心身健やかに、楽しい在宅生活を、長く続けていただけるよう援助することを目的とした、新しいタイプの老人福祉施設です。

2. 入居できる人

自立生活を基本に、次の条件を満たす方が入居できます。

- (1) 60歳以上の方（夫婦の場合は、一方が60歳未満でも可）
- (2) 日常生活に介護を必要とせず、居室の掃除、洗濯、入浴、身の回りの整理整頓など、日常の生活がご自身でおこなえる方。
- (3) 高齢により、一人で自炊できない程度に心身機能が低下した方。
- (4) 高齢により独立して生活するには不安のある方。または家庭環境・住宅事情などにより、生活に不安をお持ちの方。

(注) 入居される方の所得制限はありません。

- (5) その他、入居希望者との面接・健康診断等の結果、入居が適当と認められた方。

3. 入居時に自立の生活ができなくなった場合

入居後には、自立の生活を基本条件としますが、入居後に身体機能の低下や病気などで自立の生活ができなくなった場合は、次のような対応をいたします。

- (1) 身体機能の低下により、居室の掃除、洗濯、入浴がご自身できなくなった程度の場合は、ホームヘルパーによる在宅介護サービスを利用することができます。（施設内にホームヘルパーステーションが併設されています。）

また、夫婦で入居される方は、夫婦の共同生活で互いに介護支援ができるので安心です。

当施設としても、入居者が自立した生活のために努力されるかぎり、可能な限りの支援を行います。

- (2) 身体機能がいちじるしく低下して、自立の生活がご自身でできなくなり、排泄が一人でできなくなったりして、介護保険の要介護の認定を受けるような身体状態となった場合は、当施設の隣接地にある、特別養護老人ホーム「アルペンハイツ」（同一法人の運営施設）をご紹介することも出来ます。（但し、優先的な入所ではありません。）

入院治療が必要となったときは、入院までのお世話をします。

4. 長期入院になった場合

入居者が病気治療のため1か月以上の長期入院となった場合は、ケアハウスの利用料と病院の入院費と両方の出費になるため、ご本人の意思・保証人のご意見・医師の意見等を考慮して適切に判断していきます。

5. 入居者の利用料金について

別紙（1）の「ケアハウスとやま」月額利用料金表をご参照ください。

- (1) 毎月の利用料のうち、サービスの提供に要する費用は入居者の年間収入によって減額となります。この減額分は、公費からの補助金によるものです。
- (2) 毎月の利用料金（居室での使用料金含む）は、当施設が指定する銀行に個人口座を設けてもらい、この口座から毎月自動振替により入金されることとなります。

したがって、入居者の年金や親族からの送金は、すべて、この指定口座に振り込んでいただくこととなります。

6. 施設職員の配置について

職員は、100名定員のケアハウスの場合、国により11名と定められています。

人員数（ ）内は、基準人員数

施設長	事務員	生活指導員	ケアワーカー (介護職員)	栄養士	調理員	用務員 (非常勤)	合計
1 (1)	1 (1)	1 (1)	3 (3)	1 (1)	7 (4)	1 (0)	15 (11)

(注：調理員7人のうち、3人は非常勤。)

7. 入居契約が解除になる場合

下記の場合には、契約解除の対象となります。

- (1) 正当な理由なく利用料を滞納したとき。
- (2) 身体的または精神的疾患のため、施設での生活ができなくなったとき。
- (3) 他の入居者の生活、または健康に重大な影響を及ぼす恐れがあるとき等。

8. 申込受付から入居契約までの取り扱い

(1) 申込受付

この「入居申し込みのしおり」をお読みになって、「ケアハウスとやま」に入居を申し込みたい方は、別添の「入居申込書」に必要事項をご記入のうえ、当法人へ郵送またはお届けください。

なお、申込書提出にあたっては、入居者本人および同居親族等の両者の同意が十分に確認されるようとくにご留意ください。

(2) 入居者との面接

「入居申込書」を受理した方には、書類審査後、入居希望者（身元保証人同席）との面接を行います。面接の日時については、個別にご連絡します。

(3) 面接の結果通知

面接の結果については、後日文書等でご通知します。

(4) 入居内定から入居契約まで

入居内定となった場合でも、入居契約にいたるまでは、健康診断書・身元保証書・収入証明書の提出など、いくつもの確認調査手続きがありますので、内定通知時にあらためて、ご連絡します。

申込書提出先

お問い合わせ先

〒931-8435 富山市小西176番地

社会福祉法人 アルペン会

社会福祉施設「ケアハウスとやま」

TEL 076 (452) 5252

FAX 076 (452) 5353

入居申込書

写真

貼付

社会福祉法人アルペン会
理事長 室谷 民子

令和 年 月 日

申込者 ^{ふりがな}氏名 印.....

次のとおり「ケアハウスとやま」への入居を申し込みます。

居室の希望	一人室・夫婦室	入居希望日	年 月 日頃				
生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日 (歳) 男・女						
現住所	〒	—					
電話番号	()	—					
収入状況	年金・恩給等	種類		年額	円		
	給与	勤務先		年額	円		
	不動産収入	種類		年額	円		
	利子収入			年額	円		
	その他収入			年額	円		
利用料等 経費支払	1. 本人負担	※番号のいずれかに○を、2、3は下に記入を。 縁故者の場合 住所 氏名 続柄 () 職業					
	2. 一部縁故者						
	3. 全額縁故者						
家族の状況 (近親者)	続柄	氏名	年齢	住所	職業	同居 別居	家族構成図 入居希望者 ○=

現在の住宅状況		1. 自宅 2. 公営住宅（市町村営・県営・公団等） 3. 貸間 4. 借家（アパート・賃貸マンション） 5. その他（ ）							
身	日常生活	日常生活動作	移動	自力で可能・やや不安・不可能			社会性	友人	多い・普通・少ない
			食事	自力で可能・やや不安・不可能				性格 ※複数可	社交的・消極的・ 引っ込み思案 外出(好き・嫌い) ひとりが好き 大勢が好き その他()
			入浴	自力で可能・やや不安・不可能					
			排泄	自力で可能・やや不安・不可能					
			着脱衣	自力で可能・やや不安・不可能					
体	健康状況	生活に困難性及び不安がある。 健全・病弱・持病（病名 ）							
		通院治療中		病名	病院名				
		既往歴							
	認知症状	1. なし 2. 時々物忘れがある 3. 物忘れが多い							
況	身体障害	有・無	有の場合（部位			手帳	種	級）	
	介護保険サービス利用状況	要介護	自立・要支援1・要支援2・要介護1・要介護2・要介護3・要介護4・要介護5						
		居宅介護支援事業所				担当者名			
		1. 通所サービス（デイサービス）	週	回	5. 福祉用具貸与（有・無）	〔 〕			
		2. 通所介護リハビリ（デイケア）	週	回	6. その他サービス	〔 〕			
		3. 訪問介護（ホームヘルプサービス）	週	回		〔 〕			
		4. 訪問看護	週	回		〔 〕			
入居希望の理由		（具体的に）							
身元保証人	氏名	本人との続柄	住所（電話）		職業 勤務先（電話）				
面談等の連絡先									
自家用車の使用		自家用車＝使用・不使用 : 専用駐車場＝要・不要							

- (注) 1. 記入上の注意・各項目毎に該当するところを○で囲んでください。
 ・ () の箇所は出来るだけ具体的に記述してください。
 ・ 貼付する写真の大きさはタテ3 cmヨコ2.4 cmぐらいのもの
2. 添付書類 ・住民票、年金証書の写、年金額のわかるハガキの写、服薬情報
 ※確定申告書または源泉徴収票の写（※ある場合のみ）
3. この申込書で審査し、適格と認められた場合は、面接調査の上、入居を決定いたします。
4. 面接通知を受けたときは、保証人とご同行ください。