

# 社会福祉法人互惠会 ケアハウスはごろも

## 募集のしおり

### ケアハウスはごろもは

身体がやや弱ったため不安を持っている、1人暮らしの高齢者や高齢者夫婦の方に、安心して自立した生活を続けていただくための軽費老人ホームです。自立型のケアハウスの為、介護が必要になった場合は介護保険のサービスを受けていただく事になります。

### ご利用できる方は

年齢は60歳以上の方です。（ご夫婦の場合はどちらかが60歳以上であれば可）日々の生活の中で、自炊されることが困難な程度の身体機能の低下等が認められる方、又は高齢等のため独立して生活するには不安が認められる方であって、ご家族と同居することが困難な方等です。

### 利用料金について

金額については、収入額に応じて概ね別表のとおりとなります。（「居住に要する費用」に関しては、居室により数千円の違いがあります。ご了承ください）

### 主なサービス

- |      |                                    |
|------|------------------------------------|
| トイレ  | 各居室にウォシュレット対応のトイレを備えています。          |
| 洗濯   | 各居室に洗濯機置き場が、また、各階にランドリーを備えております。   |
| 環境整備 | 各居室の掃除、洗濯、日用品の買い物等は、ご自分で行っていただきます。 |
| 生活援助 | 併設の介護保険サービス及び外部の在宅福祉サービスが利用できます。   |

### 施設概要

1. 鉄筋コンクリート造り4階建（居室は2、3、4階） 定員100人
2. 平成13年4月1日開設
3. 設備 個室（洋室）86室 夫婦室（洋室）7室

### 利用の申し込み

連帯保証人（原則として親族）を2名立てていただき、直接当施設にお申し込みいただきます。必要な書類は、入居申込書と健康診断書になります。直接持参、郵送、いずれも受付可能です。

### 面接時持参書類

1. 年金証書
2. 前年の収入の分かる書類。年金の源泉徴収票、確定申告
3. 市区町村の課税もしくは非課税証明書
4. 昨年度の社会保険料、住民税の支払い額が分かる書類
5. 保険証類（健康保険証、介護保険証、身体障害者手帳、受給者証等）
6. 住民票（本籍のに入ったもの）
7. 薬手帳

## ケアハウス利用料金予定表（1人月額目安）

収入区分	基本利用料金予定目安			
	サービスの提供に要する費用	生活費	居住に要する費用	合計
1,500,000円以下	10,000円	46,090円	22,600円	78,690円
1,500,001円 ～1,600,000円	13,000円			81,690円
1,600,001円 ～1,700,000円	16,000円			84,690円
1,700,001円 ～1,800,000円	19,000円			87,690円
1,800,001円 ～1,900,000円	22,000円			90,690円
1,900,001円 ～2,000,000円	25,000円			93,690円
2,000,001円 ～2,100,000円	30,000円			98,690円
2,100,001円 ～2,200,000円	35,000円			103,690円
2,200,001円 ～2,300,000円	40,000円			108,690円
2,300,001円 ～2,400,000円	45,000円			113,690円
2,400,001円以上	47,700円			116,390円

1. 「サービスの提供に要する費用」「生活費」は、国・都の基準改定があると、金額は改正されます。
2. 「居住に要する費用」は、部屋の階・方角の違いによって多少の差異があります。
3. 各居室で使用された公共料金（電気・水道・給湯）は各自の負担になります。  
毎月の利用料金と合わせてお支払いいただきます。
4. 上記利用料に合わせて、冬季加算（11月～3月、月額2,130円）の負担があります。
5. 入居時、一時金として、単身の方は30万円、ご夫婦の方はお2人で45万円お預かりします。
6. 夫婦で入居する場合の夫婦それぞれの利用料は、次により算出した「サービスの提供に要する費用」に「居住に要する費用」および「生活費」「居住に要する費用（2人部屋は別額）」を合算した額とする。この場合、10円未満は切り捨てとする。
  - （1）対象収入 夫婦の対象収入を合算し、これに2分の1を乗じた額。
  - （2）「サービスの提供に要する費用」 （1）により算出した夫婦それぞれの収入が、150万円以下の場合には、上記の額から30%を減じた額。



収入状況	年金種類 ( ) 年額 円
	( ) 年額 円
	恩給等種類 ( ) 年額 円
	種類 ( ) 年額 円
	給与 勤務先 月額 円
	不動産収入 種類 月額 円
利子・配当収入 種類 月額 円	
その他の収入	
前年の課税状況	所得税 年 円
	住民税 年 円
家族状況	配偶者 有・無 (未婚・死別・離婚)
	子供 男 人・女 人
	兄弟・姉妹 人
住居状況	1. 持ち家 (本人・家族) 2. 借家・賃貸マンション・アパート 3. 社宅・寮 現在の間取り ( )
同居状況	1. 単身 2. 同居 ( 人)
入居の理由	
連帯保証人	(主)氏名 続柄  住所 電話： 携帯電話：
	(副)氏名 続柄  住所 電話： 携帯電話：
<p>(注) *この申込書の提出をもって、入居が決定したことにはなりません。</p> <p>*面接の通知を受けた時は、「面接時持参書類」をご用意ください。</p> <p>*この申し込み書提出後、記載内容が変わった場合、または申し込みを取り消したい場合は、必ずご連絡ください。</p>	
<p>問合せ・提出先</p> <p>〒123-0841 東京都足立区西新井5丁目34-1</p> <p>社会福祉法人 互惠会 ケアハウスはごろも 担当 阿部</p> <p>電話 03-5837-8910</p> <p>FAX 03-5837-8911</p>	

(様式 2)

# 健康診断書

氏名		性別	男 ・ 女		
生年 月日	明治 大正 昭和 年 月 日 ( 歳)				
住所					
既往症					
現 応 症	胸部レントゲン所見				
	感染症検査	MRSA 無 ・ 有 (部位 )			
		結核 無 ・ 有 (所見 )			
		B型肝炎 無 ・ 有 (所見 )			
		C型肝炎 無 ・ 有 (所見 )			
		梅毒 無 ・ 有			
	精神疾患および慢性中毒				
	尿検査	糖 ( ) 蛋白 ( ) ウロビリノーゲン ( )			
	皮膚疾患				
	機能障害の有無				
処方薬					
その他の疾患					
身長	c m	体重	k g	血圧	/
視力	右	( . )	左	( . )	

上記のとおり診断します。

年 月 日

医療機関名

所在地

担当医師名

印