

足立区ケアハウス六月 入居者(登録)募集のしおり

足立区ケアハウス六月は、生活に少し不安のある高齢者の方などが、安心して自立した生活をしていただくための軽費老人ホームです。食事の提供や入浴の準備、生活相談等のサービスが受けられます。

1 募集期間

令和6年2月10日(土)～令和6年3月10日(日)

募集期間内にお申込みいただいた方を抽選により、令和6年度の登録順を決定します。空き室が出た際は、登録順に入居の審査を実施します。募集期間後は、受付順に追加登録をおこないます。

追加登録期間 令和6年4月1日(月)～令和7年1月31日(金)

ただし、令和7年1月末までにお声かけができない場合は、登録は無効となり再度、登録の手続きが必要となります。

2 申込方法

申込書をケアハウス六月に持参または、郵送。

- ※ 令和6年3月10日(日)必着
- ※ 申込書の受付時間は、午前10:00から午後4:00までです。
- ※ 施設の見学を希望される方は、必ず事前にご連絡下さい。

ケアハウス六月 電話：03(5242)0305

3 申込書

申込書は、ケアハウス六月及び、各地域包括支援センター、区役所 高齢福祉課にて配布(区のホームページからもダウンロードできます。)

4 所在地

住所 〒121-0814 足立区六月一丁目6番1号
郵送先 足立区ケアハウス六月 入居係宛
最寄駅 (電車) 東武線梅島駅または、西新井駅より徒歩25分
(バス) 都営バス北千住駅から竹ノ塚駅または、足立清掃工場行き「平野町」バス停下車、徒歩5分

5 入居資格

- 1 申し込み日現在、区内に居住している年齢60歳以上の方
- 2 自炊ができない程度の身体機能の低下等が認められる方、また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、日常生活の維持が可能な方
 - ※ 生活保護受給中の方、介護保険の「要介護」に該当する方、治療上必要な自己管理が出来ない方は対象外です。
 - ※ 慢性疾患等により医療機器を常時使用している方は、施設との相談により、入居をお断りする場合があります。
 - ※ 介護保険の「要支援」に該当する方は、施設との相談により入所することで自立した生活が可能となる場合は入居できます。
- 3 ご家族による援助を受けることが困難な方
 - ※ 入所後、施設では緊急時、又は状況によって、ご家族に各種援助の依頼をする事があります。
- 4 月収が使用料を超え、かつ使用料を支払うことが可能な方
- 5 原則として確実な保証能力を有する保証人（緊急時の対応が可能な地域に居住するご家族等）を立てられる方
- 6 申込者、または保証人が、暴力団員による不当な行為の防止等に関する法律（平成3年法律第77号）第2条第6号に規定する暴力団員でない方
 - ※ 確認のため、警視庁へ照会する場合があります。
- 7 二人部屋は、夫婦、親子、兄弟姉妹などの方が入居できます。
 - ※ 施設との相談により、単身の方でも利用できる場合があります。

6 利用料金等

- 1 入居者の食事等の生活費、事務費及び管理費を基本料金として負担していただきます。
- 2 利用料金については、収入額に応じて別表のとおりとなります。
なお、物価の変動等により変更することがあります。
- 3 各部屋の電気代、水道料及びカーテンリース料の実費相当を下記により負担していただきます。
 - ※ 個人的にかかる費用は、すべて自己負担になります。
 - ※ 下記の金額は、料金改訂等により変更する場合があります。

光熱水費	居室電気料	基本料金相当	520円/月（別途消費税）
		利用実績相当	実費（個メーターにより算出）
水費	居室水道料	基本料金相当	1,420円/月（別途消費税）
		利用実績相当	実費（個メーターにより算出）
カーテンリース料（クリーニング含）			350円/月

足立区ケアハウス六月 月額利用料金 (単位：円)

対象収入区分	生活費 (食費等)	事務費	管理費 (家賃)	合 計 (基本料金)
～ 720,000	16,440	10,000	1,760	28,200
720,001 ～ 760,000	16,540	10,000	1,760	28,300
760,001 ～ 800,000	19,840	10,000	1,760	31,600
800,001 ～ 840,000	23,240	10,000	1,760	35,000
840,001 ～ 880,000	26,540	10,000	1,760	38,300
880,001 ～ 920,000	29,840	10,000	1,760	41,600
920,001 ～ 960,000	33,240	10,000	1,760	45,000
960,001 ～ 1,000,000	36,540	10,000	1,760	48,300
1,000,001 ～ 1,040,000	39,840	10,000	1,760	51,600
1,040,001 ～ 1,080,000	43,240	10,000	1,760	55,000
1,080,001 ～ 1,120,000	43,240	10,000	5,060	58,300
1,120,001 ～ 1,160,000	43,240	10,000	8,360	61,600
1,160,001 ～ 1,200,000	43,240	10,000	11,760	65,000
1,200,001 ～ 1,260,000	43,240	10,000	15,060	68,300
1,260,001 ～ 1,320,000	43,240	10,000	20,060	73,300
1,320,001 ～ 1,380,000	43,240	10,000	25,060	78,300
1,380,001 ～ 1,440,000	43,240	10,000	30,060	83,300
1,440,001 ～ 1,500,000	43,240	10,000	34,960	88,200
1,500,001 ～ 1,600,000	46,090	13,000	34,960	94,050
1,600,001 ～ 1,700,000	46,090	16,000	36,760	98,850
1,700,001 ～ 1,800,000	46,090	19,000	38,660	103,750
1,800,001 ～ 1,900,000	46,090	22,000	40,460	108,550
1,900,001 ～ 2,000,000	46,090	25,000	42,260	113,350
2,000,001 ～ 2,100,000	46,090	30,000	42,600	118,690
2,100,001 ～	46,090	32,200	42,600	120,890

- 1 この表において「対象収入」とは、前年の収入（社会通念上収入として認定することが適当でないものを除く。）から、前年の租税、社会保険料等の必要経費を控除した後の収入です。
- 2 11月から翌年3月までは、暖房費として使用料に2,130円/月を加算します。
- 3 夫婦など2人で入居する場合のそれぞれの使用料は、次により算出した事務費及び、管理費に生活費を合算した額とします。この場合、10円未満は切捨てとなります。
 - (1) 対象収入 2人の対象収入を合算し、これに2分の1を乗じた額
 - (2) 事務費 (1)により算出したそれぞれの収入が150万円以下の場合には、
上記表の額から30%を減じた額
 - (3) 管理費 上記表の額から20%を減じた額

7 主なサービス

- 1 食事サービス
セルフサービスとなっており、1階食堂をご利用いただきます。
- 2 入浴サービス
男女別の浴場で入浴していただきます。入浴介助は行いません。
- 3 相談助言サービス
施設の職員が各種相談に応じます。
- 4 緊急時の対応
緊急時には施設の職員が関係機関への連絡等を行います。
また各部屋には緊急通報装置（ナースコール）を設置してあります。
夜間は宿直員が対応します。

（ご注意）清掃、洗濯等身の回りのことは、入居者ご自身に行っていただきます。日常生活上の援助や介護を必要とする状態になった場合には、介護保険等の福祉サービスを利用していただきます。
福祉サービスを利用しても日常生活を維持する事が困難な心身の状況になったときは、退居していただきます。

8 施設の概要と設備

- 1 概要
 - (1) 鉄筋コンクリート造り4階建ての3・4階部分
 - (2) ケアハウス六月 平成7年4月1日開設
併設施設：特別養護老人ホーム六月、デイサービスセンター六月、
地域包括支援センター六月ほか
- 2 設備
 - (1) 1人部屋は洋室で21.3㎡、2人部屋は和洋室で33.19㎡です。各室にはミニキッチン・トイレ・ベッド（1人部屋のみ）
・エアコン・下駄箱・洗面化粧台・物干し金具・収納スペース・カーテン（防炎、レース及び厚地）・洗濯機置き場が設置されています。居室の電話は、必要があればご自分で設置していただきます。
 - (2) 定員は80名、1人部屋70室、2人部屋5室です。
 - (3) 共用スペースについては、3・4階に相談コーナー、浴場、洗濯コーナー、スタッフルーム、3階にゲストルーム、4階に趣味娯楽室があります。
 - ※ 施設では、個人の荷物を預かる場所はありません。
 - ※ 居室に持ち込む荷物の量は必要最低限としてください。
 - ※ 申込時に居室の希望を出すことはできません。

9 退居していただく場合

次のような場合には、施設使用の取消を行い、退居していただくこととなります。

- 1 不正または偽りの行為によって使用の承認を受けた場合
- 2 正当な理由なく使用料を滞納した場合、又は使用料を支払うことができなくなった場合
- 3 特別養護老人ホーム入所対象程度の心身の状態になった場合
- 4 金銭の管理、各種サービスの利用について自分で判断できなくなった場合
- 5 共同生活の秩序を著しく乱し、他の入居者に迷惑をかける場合
- 6 足立区軽費老人ホーム条例、同施行規則等に違反し、又は区長の指示に従わない場合

10 特記事項

次の事項については、あらかじめご承知おきください。

- 1 今回の募集は、登録順を決定するためのものです。入居にあたり資格審査を実施します。その結果、ケアハウス六月に入居できないことがあります。
- 2 令和6年度の登録は、令和7年1月末までにお声かけができない場合は、無効となります。改めて、令和7年度の入居者募集時に登録の手続きが必要となります。
- 3 使用にあたっては足立区軽費老人ホーム条例、同施行規則、管理規程などの指示を遵守していただきます。
- 4 使用权を譲渡、転貸することや、使用者以外の方を同居させることはできません。
- 5 共同生活のルールを守っていただきます。
- 6 入居の際の保証人は、原則として緊急時の対応のできる範囲にお住まいの親族の方にかぎります。なお、扶養義務者がいない等、保証人を立て難い事情がある場合には、別途お問い合わせください。

11 体験入居

体験入居希望者は入居資格審査が開始後、ゲストルームに空きがあった場合に2泊3日を限度としてゲストルームを利用することができます。その場合の使用料は1泊1,400円とします（食費代・リネン代別途）。体験入居を希望する日の2週間前までにお申し込み下さい。詳細は別途お問い合わせください。

1.2 申込から入居までの手続き

申込書の受付

受付期間 令和6年2月10日（土）から
令和6年3月10日（日）まで
受付時間 午前10時から午後4時まで
受付場所 ケアハウス六月 郵送可（3月10日必着）



受付

申込受付後、受付番号をお知らせします。
※ 郵送受付の場合は、書類が届きましたら、申込者の方へ確認の電話をいたします。
※ 申込書に誤りがあった場合等はお返しします。



登録番号抽選

公開抽選を行います。
令和6年3月13日（水）10時から
抽選会場 ケアハウス六月



抽選結果郵送

令和6年3月16日（土）以降、抽選結果を申込者の方へ郵送いたします。



入居資格審査

空き室が出た際に、登録順に入居審査を実施します。審査する方には電話でご連絡いたします。その際、使用申請書、健康診断書、収入申告書等の書類を提出していただきます。その後、ご本人と保証人の方に申込者の自宅面接を受けていただき、その結果をもとに資格審査を行います。
（審査から入居まで約1ヶ月～2ヶ月かかります）



使用承認書送付
契約

審査の結果、入居が認められた方には使用承認書を交付します。その後、ご本人と保証人同席の上で契約を行います。



入居

入居契約後、入居となります。

1.3 申込書記入方法

○使用方法

一人部屋か二人部屋をお選びください

○使用者の状況

入居する人の氏名、生年月日をお書きください

○収入状況

年間の所得をご記入ください

- 1 預貯金・・・現在の残高をお書きください
- 2 年金・・・公的年金 *年金及び個人年金の種類をお書きください
(国民年金・厚生年金・障害年金・共済年金・遺族年金・
労災年金等)
- 3 財産収入・・・地代収入・家賃収入等
- 4 仕送り・・・仕送りを受けている方はお書きください
- 5 その他・・・不動産売却収入、配当金

○保証人

原則、緊急時に対応できる範囲にお住まいの方をお書きください

保証人を立て難い事情がある場合には、別途お問い合わせください

○申請理由

お申込み理由をお書きください

○介護保険の認定状況

該当する番号をお選びください

- 1 未申請・・・・・・・・介護保険の申請をしていない
- 2 認定（自立）・・・・介護保険を申請したが判定が「自立」
- 3 その他・・・・・・・・介護保険を申請中で結果待ち、または申請の結果、
要支援（1、2）となられた方（要支援に該当
する方は、施設との相談により、入所することで
自立した生活が可能となる場合は入居できます）

○健康状態等

該当する番号をお選びください

現在、治療中の持病等のみをお書きください

身体障害者手帳をお持ちの方はお書きください

○日常生活動作の状況

該当する番号をお選びください

現在、介護保険外で福祉サービスを利用している方はお書きください
(種別例；掃除・洗濯・買い物・食事作り等)

○特記事項

特に申告しておきたい事項がある場合はお書きください

介護保険の要支援（1、2）の認定を受けている方は、現在の状態を
できるだけ詳しくお書きください

※ 不正又は偽りのあった場合には、申込みが無効となる場合がありますので
正確に記入してください

※ ご不明な点は、施設までお問い合わせください

【問い合わせ先】

ケアハウス六月 電話 03（5242）0305

足立区ケアハウス六月申込書

年 月 日

足立区ケアハウス六月 施設長 様

申込者住所 _____

ふりがな
氏 名 _____ 印

電話番号 (_____) _____

足立区軽費老人ホーム(ケアハウス六月)を使用したいので、下記により申込みます。
 なお、この記載事項が事実と相違する場合は、申込みに関する一切の権利を放棄することを誓約いたします。

記

使用 方 法		1. 1人部屋		2. 2人部屋		(該当する番号を○で囲んでください)		
の 使 状 用 況 者	氏名			生 年 月 日	年 月 日 (才)			
	氏名			生 年 月 日	年 月 日 (才)			
収 入 状 況	1 預 貯 金	円		※ 現在の残高を記入してください。				
	2 年金・恩給	年額	円		年金の種類(_____)			
	3 財 産 収 入	年額	円		※ 地代、家賃等の収入を記入してください			
	4 送 金 (仕送り)	年額	円		送 金 者	氏 名	関 係	住 所
	5 そ の 他	年額	円		収入の内容(_____)			
	計			円		※ 自分名義の不動産、有価証券等の評価額を記入してください。		
保 証 人	氏 名			関 係			生 年 月 日	(才) 年 月 日
	住 所				電 話 番 号			
申 請 理 由								

※ 2人部屋使用の場合、収入状況は合算額を記入してください。

※ 2人部屋使用の場合、裏面のみそれぞれ1枚ずつ記入してください。

(裏面も記入してください。)

(裏面)

【氏名】

介護保険の認定状況		1. 未申請 2. 認定(自立) 3. その他()
健康状態	1. 良好である 2. 普通である 3. 病弱である	
	現在治療中の持病等(具体的に書いてください。)	
	耳の聴こえ具合	1. 良好である(補聴器使用を含む) 2. やや聴こえにくい 3. 非常に聴こえにくい
	視力	1. 良好である(眼鏡使用を含む) 2. 眼鏡を使用しても見えにくい 3. 非常に見えにくい
	身体障害者手帳	有(級・障害名)・無
日常生活動作の状況	歩行	1. 普通にできる 2. 杖等を使用 3. その他()
	着替	1. 普通にできる 2. 困難だが自力でできる 3. その他()
	排泄	1. 普通にできる 2. 困難だが自力でできる 3. その他()
	入浴	1. 普通にできる 2. 困難だが自力でできる 3. その他()
	食事	1. 普通にできる 2. 困難だが自力でできる(スプーン又ははし) 3. その他()
	行動範囲	1. 普通にできる 2. 家の周囲だけ 3. 家の中だけ
	家事全般(買物・掃除・洗濯など)について 1. 普通にできる 2. 困難だが自力でできる 3. 一部介助を要する	
ホームヘルパーについて(介護保険適用外で派遣されている場合) 1. 派遣されている(種別:) 2. 派遣されていない		
特記事項		

※ 該当する番号を○で囲み、必要事項を記入してください。

記入見本

足立区ケアハウス六月申込書

○ 年 ○ 月 ○ 日

足立区ケアハウス六月施設長 様

申込者住所 足立区六月一丁目○ - ○ - ○○○号

氏名 ふりがな 花咲 はなさき 太郎 たろう 御

電話番号 03 (5432)○○○○

足立区軽費老人ホーム(ケアハウス六月)を使用したいので、下記により申込みます。
なお、この記載事項が事実と相違する場合は、申込みに関する一切の権利を放棄することを誓約いたします。

記

使用 方法		①. 1人部屋 2. 2人部屋 (該当する番号を○で囲んでください)					
使 用 状 況	氏名	花咲 太郎		生 年 月 日	昭和10年7月1日 (76才)		
	氏名			生 年 月 日	年 月 日 (才)		
収 入 状 況	1 預 貯 金	500,000円		※ 現在の残高を記入してください。			
	2 年金・恩給	年額	900,000円	年金の種類(厚生年金)			
	3 財産収入	年額	0円	※ 地代、家賃等の収入を記入してください			
	4 送 金 (仕送り)	年額	100,000円	送 金 者 氏 名	花咲 一郎	関 係	長男
				住 所			
	5 そ の 他	年額	2,000円	収入の内容(株配当)			
		円	※ 自分名義の不動産、有価証券等の評価額を記入してください。				
	計			※ 記入しないてください。			
保 証 人	氏 名	花咲 一郎		関 係	長男	生 年 月 日	昭和30年7月1日 (57才)
	住 所	足立区保木間○ - ○ - ○			電 話 番 号	03 - 1234 - 4322	
申 請 理 由	都営住宅で一人暮らしをしているが、食事作りが大変になり家族と同居するのも難しいので申し込みをします。						

※ 2人部屋使用の場合、収入状況は合算額を記入してください。

※ 2人部屋使用の場合、裏面のみそれぞれ1枚ずつ記入してください。

(裏面も記入してください。)

(裏面)

【氏名 花咲 太郎】

介護保険の認定状況	1. 未申請 2. 認定(自立) ③. その他(要支援1)
健康状態等	1. 良好である ②. 普通である 3. 病弱である
	現在治療中の持病等(具体的に書いてください。) ・高血圧 ・糖尿病 ・腰痛 ・心臓病
	耳の聴こえ具合 ①. 良好である(補聴器使用を含む) 2. やや聴こえにくい 3. 非常に聴こえにくい
	視力 ①. 良好である(眼鏡使用を含む) 2. 眼鏡を使用しても見えにくい 3. 非常に見えにくい
	身体障害者手帳 ⑤(3級・障害名 狭心症による心臓機能障害)・無
日常生活動作の状況	歩行 1. 普通にできる ②. 杖等を使用 3. その他(外出時のみ杖使用)
	着替 ①. 普通にできる 2. 困難だが自力でできる 3. その他()
	排泄 ①. 普通にできる 2. 困難だが自力でできる 3. その他()
	入浴 ①. 普通にできる 2. 困難だが自力でできる 3. その他()
	食事 ①. 普通にできる 2. 困難だが自力でできる(スプーン又ははし) 3. その他()
	行動範囲 ①. 普通にできる 2. 家の周囲だけ 3. 家の中だけ
	家事全般(買物・掃除・洗濯など)について 1. 普通にできる ②. 困難だが自力でできる 3. 一部介助を要する
ホームヘルパーについて 介護保険 ①. 派遣されている(種別: 食事作り) 2. 派遣されていない	
備考欄	昨年の8月に心臓発作で入院し介護保険の申請をしました。要支援1になり退院後はヘルパーさんに週2回来てもらい食事を作ってもらっています。また、配食サービスも利用しています。食事を提供してくれる施設に入所すれば、サービスを受ける必要がなくなり自立できると思い申し込みました。

※ 該当する番号を○で囲み、必要事項を記入してください。

※ 介護保険の要支援(1、2)の認定を受けている方は、現在の状態を備考欄にできるだけ詳細にお書き下さい。