



サービス付き高齢者向け住宅

いこいの森プラス 月額ご利用料金表



	Aプラン	Bプラン
入居一時金	0	0
家賃	32,000	32,000
共益費	18,000	18,000
水道光熱費	10,000	10,000
食費※1	37,500	37,500
状況把握及び生活相談等	3,000	3,000
その他生活支援 /身体支援サービス 状況把握及び生活相談等を除く入居者様に必要な支援で介護保険サービス（通所介護、訪問介護等）および総合支援事業にて提供できない身体支援および生活支援。	※2実費 ■08：30～17：30（別途消費税） ・身体支援（30分毎／800円） ・生活支援（30分毎／600円） ■17：30～08：30（別途消費税） ・身体支援（30分毎／1,000円） ・生活支援（30分毎／750円）	22,000 定額サービス （追加費用なし：別途消費税）
消費税※3	6,100	8,300
合計金額	106,600	130,800

Ver201910

※1：食費はひと月を30日として計算しています。内訳（朝食138円 昼食556円 夕食556円 ※全て外税）

※2：その他生活支援・身体支援サービスについての料金体制の詳細に関しましては別添2をご覧ください。

※3：消費税は「家賃」を除く全てのサービスが対象となり、ひと月のご利用日、ご利用回数によって変動いたします。

■お申し込み方法について

ご記入頂きましたご入居申込書（別紙含む）は誠に恐れ入りますが下記の弊社事業所にお持ちいただくか郵送またはメールにて書類を添付して頂いても構いません。

弊社事業所

- | | | |
|-------------------|------------------|---------------|
| ・株式会社スノーフォレスト（本部） | 高知市南元町98番地 | ☎088-825-0860 |
| ・グループホームいこいの森 | 高知市旭町2丁目22-57 2F | ☎088-872-6647 |
| ・デイサービスいこいの森 | 高知市旭町2丁目22-57 1F | ☎088-872-6655 |
| ・グループホームいこいの森福井町 | 高知市福井町1432番1号 | ☎088-855-9111 |
| ・デイサービスいこいの森三園町 | 高知市三園町207-1 1F | ☎088-854-5877 |

郵送先住所

- ・〒780-0942 高知市南元町98番地 株式会社スノーフォレスト

メールアドレス

※恐れ入りますが件名に「サ付き入居申込」とご記入ください。

snowforest151@gmail.com

障害高齢者の日常生活自立度

- J 何らかの障害等を有するが、日常生活はほぼ自立しており独力で外出する
1. 交通機関等を利用して外出する
 2. 隣近所なら外出する
- A 屋内での生活は概ね自立しているが、介助なしには外出しない
1. 介助により外出し、日中はほとんどベッドから離れて生活する
 2. 外出の頻度が少なく、日中も寝たり起きたりの生活をしている
- B 屋内での生活は何らかの介助を要し、日中もベッド上での生活が主体であるが、座位を保つ
1. 車いすに移乗し、食事、排泄はベッドから離れて行う
 2. 介助により車いすに移乗する
- C 1日中ベッド上で過ごし、排泄、食事、着替において介助を要する
1. 自力で寝返りをうつ
 2. 自力では寝返りもうたない

認知症高齢者の日常生活自立度

- I.何らかの認知症を有するが、日常生活は家庭内および社会的にほぼ自立している状態
- II a. 日常生活に支障をきたす様な症状・行動や意思疎通の困難さが家庭外で多少見られても、誰かが注意していれば自立できる状態
- II b. 日常生活に支障をきたす様な症状・行動や意思疎通の困難さが家庭内で見られるようになるが、誰かが注意していれば自立できる状態
- III a. 日常生活に支障をきたす様な症状・行動や意思疎通の困難さが主に日中を中心に見られ、介護を必要とする状態
- III b. 日常生活に支障をきたす様な症状・行動や意思疎通の困難さが夜間にも見られるようになり、介護を必要とする状態
- IV.日常生活に支障をきたす様な症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁に見られ、常に介護を必要とする状態
- M. 著しい精神症状や周辺症状あるいは重篤な身体疾患が見られ、専門医療を必要とする状態



サービス付き高齢者向け住宅

いこいの森プラス入居申込書



※介護が必要な方は「別紙」のご記入もお願い致します。 お申し込み年月日：平成 年 月 日

お申 込 者 様 の 情 報	お申込者様氏名／性別	フリガナ () <input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性	
	住 所	〒 (-)	
	電話番号	■ご自宅 () ■携帯 ()	
	お申込者が 介護事業者様の場合 にご記入ください。	事業所名 担当者名 電話番号	
	入居希望者様との関係	<input type="checkbox"/> ご本人 <input type="checkbox"/> 妻 <input type="checkbox"/> 夫 <input type="checkbox"/> 娘 <input type="checkbox"/> 息子 <input type="checkbox"/> 親族 <input type="checkbox"/> その他 ()	
入居希 望者 様 の 情 報	■お申込者が入居希望者様（ご本人）の場合は基本情報の記載は必要ありません。		
	基本 情 報	入居希望者様氏名／性別	フリガナ () <input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性
		住 所	〒 (-)
		電話番号	■ご自宅 () ■携帯 ()
	介 護 保 険	生年月日	<input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 昭和 年 月 日 満 () 才
		介護度	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 支援1 <input type="checkbox"/> 支援2 <input type="checkbox"/> 介護1 <input type="checkbox"/> 介護2 <input type="checkbox"/> 介護3 <input type="checkbox"/> 介護4 <input type="checkbox"/> 介護5
		介護保険有効期間	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日
		居宅介護支援事業所名	事業所名： 担当CM様氏名：
	身 体 状 況	認知症	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（診断名： 医療機関名：)
		機能障害	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()
		既往症	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()
		使用薬	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()
アレルギー		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()	
身体状況特記事項			
ご 利 用 プ ラ ン	ご利用料金のお支払方法	<input type="checkbox"/> ご本人の収入により利用料金支払が可能である <input type="checkbox"/> ご家族等の収入により利用料金支払が可能である <input type="checkbox"/> ご本人とご家族等、両者の収入により利用料金支払が可能である <input type="checkbox"/> 公費受給により利用料金支払が可能である <input type="checkbox"/> その他 ※以下にご記入ください。 ()	
	入居プラン	<input type="checkbox"/> Aプラン（※別途追加費用あり） <input type="checkbox"/> Bプラン（※追加費用なし）	
	外部利用介護サービス	<input type="checkbox"/> 通所介護：週 回（事業所名 <input type="checkbox"/> 弊社事業所 <input type="checkbox"/> その他：) <input type="checkbox"/> 訪問介護：週 回（事業所名) <input type="checkbox"/> : 週 回（事業所名) <input type="checkbox"/> : 週 回（事業所名) <input type="checkbox"/> : 週 回（事業所名)	
そ の 他	特記事項／ご質問等	※ご質問等はE-mailでも承っております。 snowforest151@gmail.com	

ご記入頂いた個人情報は適切に管理し当該入居申込以外の目的で使用致しません。個人情報のお取り扱いに関しましては弊社Webサイトでもご確認頂けます。

弊社記載欄：SK GH01 GH02 DS01 DS02 WEB CO 受付担当者名：



サービス付き高齢者向け住宅

いこいの森プラス入居申込書 別紙



※該当する箇所に✓をしてください。

お申し込み年月日：平成 年 月 日

入居希望者様氏名 ／性別	(フリガナ) <input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性		生年月日							
			<input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 昭和		年 月 日 満()才					
基本介護情報						弊社記載欄				
要介護度	<input type="checkbox"/> 支援1 (1)	<input type="checkbox"/> 支援2 (1)	<input type="checkbox"/> 介護1 (1)	<input type="checkbox"/> 介護2 (2)	<input type="checkbox"/> 介護3 (2)		<input type="checkbox"/> 介護4 (3)	<input type="checkbox"/> 介護5 (3)		
障害老人の 日常生活自立度	<input type="checkbox"/> 正常 (1)	<input type="checkbox"/> J1 (1)	<input type="checkbox"/> J2 (1)	<input type="checkbox"/> A1 (2)	<input type="checkbox"/> A2 (2)		<input type="checkbox"/> B1 (3)	<input type="checkbox"/> B2 (3)	<input type="checkbox"/> C1 (3)	<input type="checkbox"/> C2 (3)
認知症老人の 日常生活自立度	<input type="checkbox"/> 正常 (1)	<input type="checkbox"/> I (1)	<input type="checkbox"/> IIa (2)	<input type="checkbox"/> IIb (2)	<input type="checkbox"/> IIIa (3)		<input type="checkbox"/> IIIb (3)	<input type="checkbox"/> IV (3)	<input type="checkbox"/> M (3)	
意思の疎通 理解行為	<input type="checkbox"/> 正常にできる (1)		<input type="checkbox"/> ほぼできる (1)		<input type="checkbox"/> 時々できる (2)		<input type="checkbox"/> まれにできる (3)		<input type="checkbox"/> 全くできない (3)	
ADL						課題および特記事項				
食事	<input type="checkbox"/> 自立 (1)	<input type="checkbox"/> 見守り (1)		<input type="checkbox"/> 一部介助 (2)		<input type="checkbox"/> 全介助 (3)				
排泄	<input type="checkbox"/> 自立 (1)	<input type="checkbox"/> 見守り (1)		<input type="checkbox"/> 一部介助 (2)		<input type="checkbox"/> 全介助 (3)				
入浴	<input type="checkbox"/> 自立 (1)	<input type="checkbox"/> 見守り (1)		<input type="checkbox"/> 一部介助 (2)		<input type="checkbox"/> 全介助 (3)				
更衣	<input type="checkbox"/> 自立 (1)	<input type="checkbox"/> 見守り (1)		<input type="checkbox"/> 一部介助 (2)		<input type="checkbox"/> 全介助 (3)				
整容	<input type="checkbox"/> 自立 (1)	<input type="checkbox"/> 見守り (1)		<input type="checkbox"/> 一部介助 (2)		<input type="checkbox"/> 全介助 (3)				
移乗	<input type="checkbox"/> 自立 (1)	<input type="checkbox"/> 見守り (1)		<input type="checkbox"/> 一部介助 (2)		<input type="checkbox"/> 全介助 (3)				
IADL						課題および特記事項				
屋内歩行	<input type="checkbox"/> 自立 (1)	<input type="checkbox"/> 見守り (1)		<input type="checkbox"/> 一部介助 (2)		<input type="checkbox"/> 全介助 (3)				
屋外歩行	<input type="checkbox"/> 自立 (1)	<input type="checkbox"/> 見守り (1)		<input type="checkbox"/> 一部介助 (2)		<input type="checkbox"/> 全介助 (3)				
階段昇降	<input type="checkbox"/> 自立 (1)	<input type="checkbox"/> 見守り (1)		<input type="checkbox"/> 一部介助 (2)		<input type="checkbox"/> 全介助 (3)				
調理	<input type="checkbox"/> 自立 (1)	<input type="checkbox"/> 見守り (1)		<input type="checkbox"/> 一部介助 (2)		<input type="checkbox"/> 全介助 (3)				
洗濯	<input type="checkbox"/> 自立 (1)	<input type="checkbox"/> 見守り (1)		<input type="checkbox"/> 一部介助 (2)		<input type="checkbox"/> 全介助 (3)				
掃除	<input type="checkbox"/> 自立 (1)	<input type="checkbox"/> 見守り (1)		<input type="checkbox"/> 一部介助 (2)		<input type="checkbox"/> 全介助 (3)				
起居動作						課題および特記事項				
起き上がり	<input type="checkbox"/> 自立 (1)	<input type="checkbox"/> 見守り (1)		<input type="checkbox"/> 一部介助 (2)		<input type="checkbox"/> 全介助 (3)				
座位	<input type="checkbox"/> 自立 (1)	<input type="checkbox"/> 見守り (1)		<input type="checkbox"/> 一部介助 (2)		<input type="checkbox"/> 全介助 (3)				
立ち上がり	<input type="checkbox"/> 自立 (1)	<input type="checkbox"/> 見守り (1)		<input type="checkbox"/> 一部介助 (2)		<input type="checkbox"/> 全介助 (3)				
立位	<input type="checkbox"/> 自立 (1)	<input type="checkbox"/> 見守り (1)		<input type="checkbox"/> 一部介助 (2)		<input type="checkbox"/> 全介助 (3)				

弊社記載欄

基本(12)	ADL(18)	IADL(18)	起居(12)	合計(60)
--------	---------	----------	--------	--------