

住宅型有料老人ホーム まどか周南

ご利用料金表

料金

家賃	40,000円	
管理費	15,000円	(状況把握、生活相談)
共益費	10,000円	(共用部分の光熱費・水道料・ガス代含む)
食費	45,000円	(朝食300円・昼食500円・おやつ100円・夕食600円)
計	110,000円	

有償内容

居室の電気代	3,000円/月	
日常生活支援	20,000円	(居室の掃除2回/週・洗濯2回/週・シーツ交換1回/週)
洗濯利用料	200円/回	(生活支援パックを越える場合)
服薬管理	3,000円/月	
通院等の付き添い	1回20分400円	
義歯管理	1,000円/月	(初回カップ代1200円)
買物代行	1回20分400円	
理美容	実費	
その他	実費	※生活内・施設の行事で、内容に応じてかかった 実費を請求させていただきます

※ 上記費用は物価の変動等により変更する場合があります。

※ ご退去時の原状回復費をいただきます。

住宅型有料老人ホーム まどか周南

＜入居に関する注意事項＞

- 喫煙について…… 施設外の指定された喫煙場所で吸ってください。火災の原因になるため施設内での喫煙はできません。ライター・たばこは施設預かりとさせていただきます。施設内での喫煙や生活支援中に発見した場合直ちにお預かり致します。再三の注意にもかかわらず続く場合は退去して頂くことがあります。
- 飲酒について…… 飲酒可能です。ただし、入所時にご本人・ご家族と1日の飲む量を決めさせていただきます。夕食後に晩酌程度とし、お酒は施設預かりとさせていただきます。
- 看取りについて…… 看取りは可能な限り行います。寝たきり、または医療が常時必要となられた場合等、当施設での介護が困難になった場合はご相談させていただきます。その際、受け入れ先をご紹介しますのでご安心してください。
- 病態食について…… 糖尿病・腎臓病など医師によるカロリー制限が必要となられた場合、病態食を提供致します。
- 認知症について…… ご家族と相談し、ご本人の状態を把握して、施設内の判定会議により入所可能かどうか判断させていただきます。
- 散髪について…… 当施設では、出張理美容師が来られます。
- ベッド・寝具について…… ご自分のベッド・布団をお持込み可能です。介護用ベッドご希望の場合、布団・寝具カバーのレンタルがありますのでお気軽にご相談ください。
- 服薬管理について…… 希望者のみにサービスを提供します。配薬・服薬管理を行います。1ヶ月3,000円頂くようになります。
- オムツ・パット等について…… 原則ご本人での購入をお願いします。施設でも購入可能です。

- 現金について……** お金の持ち込みは紛失・盗難トラブルの原因になりますので、預かり金(3万円以下)のみ施設管理となります。もし、居室内に現金を所有され盗難等トラブルに遭われた際は、当施設では責任を負いかねます。
- 入院時の月額利用料金について……** 入院中でも家賃40,000円、共益費10,000円の合計50,000円は継続的に費用がかかりますのでご了承ください。
- 入院後から最終退去について…** 入院後3ヶ月はお部屋をおとりしますが、1ヶ月毎に相談させていただきます。
- ご家族の食事の注文について……** 2日前までにお申し出ください。朝食300円、昼食500円、夕食600円かかります。その都度お支払い頂きます。
- ご家族の宿泊について…** 宿泊は可能です。お申し出下さい。
- 受診について……** 医療機関の受診に関しては、原則ご家族でお願い致します。どうしても行かれない場合は、ご相談に応じます。
- 付き添い送迎(通院介助)について…** 付き添い送迎料20分毎に400円かかります。
- ご入居中の怪我等について……** 入居中の怪我等について、スタッフ側による怪我等の場合には当施設にて掛けている損害保険にて補償いたしますが、ご本人自身による怪我等の場合は本人の医療保険を使用することになりますのでご了承ください。
- 月額利用料金のお支払いについて……** 毎月15日までに先月分請求書を送付します。25日に口座自動引き落とし、または請求月の25日までに施設へご持参下さい。

入居申込み 申込書

申込年月日 平成 年 月 日

フリガナ 氏名	様		性別	男 ・ 女
住所	〒 ー			
生年月日	大正 ・ 昭和	年	月	日
年齢	満	歳		
要介護度	要支援 1 ・ 2		要介護 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5	
フリガナ ご家族氏名	様		性別	男 ・ 女
ご家族 連絡先	〒 ー		続柄	
電話番号	自宅 ・ 携帯 ・ 会社	() ー		
食事	主食	米飯 ・ 二度炊 ・ 粥	副食	普通 ・ 刻み ・ 極刻み ・ ミキサー
ご家族以外で 入所希望者様の 以前の状況が わかる方の連絡先	主治医 ・ ケアマネージャー ・ 施設など			
現症				
特記事項				

住居型有料老人ホーム
小規模デイサービス

まどか周南

TEL 0833-92-1230

FAX 0833-91-7601

見 学 申 込 書

※太枠線内のみご記入ください。

見学希望日時		平成	年	月	日	()	時頃
見学者	フリガナ					性別	男 ・ 女
	氏 名					年齢	歳
	住 所	〒 ー					
	電話番号						
	同行者氏名						
緊急連絡先	フリガナ					本人	
	氏 名					との続柄	
	住 所	〒 ー					
	電話番号						
食事	昼食 (500円)	希望する ・ 希望しない (名)					
	おやつ (100円)	希望する ・ 希望しない (名)					
	アレルギー等の特記事項						
居宅介護支援事業者							

※食事の提供について…

- ・ ご自分でお食事が可能な方
- ・ 同行者による食事介助が可能な方

に限らせていただきます。

※本申込書に記載された個人情報は、当該見学にかかる緊急連絡の必要時のみ使用いたします。
他の目的で使用する事はありません。

《施設使用欄》

受 付 日	平成	年	月	日	()
受 付 者					
備 考					