

デイサービス You

通所介護・介護予防通所介護

TEL0834-61-2900

FAX0834-61-2911

〒746-0084 周南市大字夜市720-1

医療・介護が一体となり  
あなたの安心を支えます

デイサービス はなぼたけ

通所介護・介護予防通所介護

TEL0834-34-9711

FAX0834-34-9722

〒745-0006 周南市花畠町3-17

グループホーム 夜市のんた

認知症対応型共同生活介護

TEL0834-61-3500

FAX0834-61-2911

〒746-0084 周南市大字夜市720-1

グループホーム のんた

認知症対応型共同生活介護

TEL0834-82-0100

FAX0834-82-0200

〒745-1131 周南市大字戸田2806-1

※ 利用料金等につきましては、別紙料金表に記載してあります。

見学・体験利用・利用申し込みなど  
お気軽に、お問い合わせ下さい。

居宅介護支援事業所 のんた

居宅介護支援事業所

TEL0834-82-1121

FAX0834-82-1122

〒745-1131 周南市大字戸田2783

医療法人 竹内 医院

〒745-1131

山口県周南市戸田2783

TEL (0834) 83-2600

FAX (0834) 83-2098

訪問看護  
致します

小規模多機能型居宅介護

のんたⅢ

住宅型有料老人ホーム

桜の杜

その人らしく

いきいきと



〒745-1131

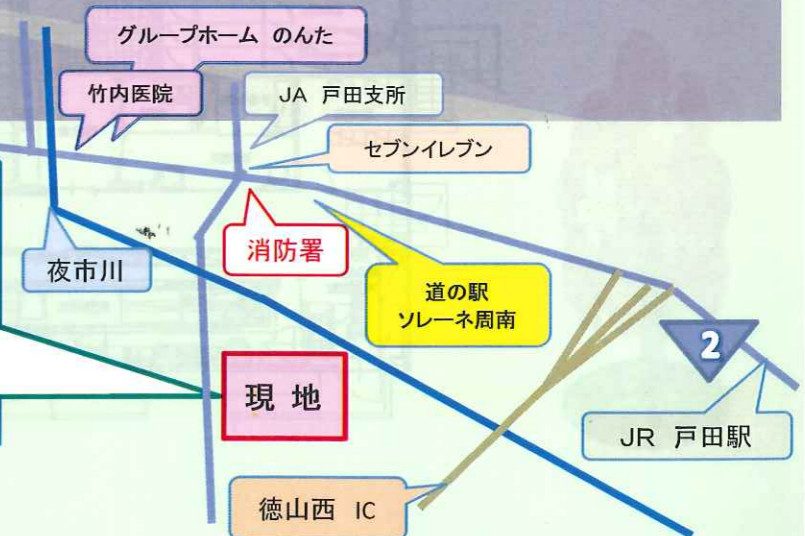
山口県周南市大字戸田字佐畑4282

TEL 0834-82-1500 (のんたⅢ)

0834-82-1200 (桜の杜)

FAX 0834-82-1501

医療法人 竹内 医院



# 小規模多機能型居宅介護 のんたⅢ

小規模多機能って？

この町で  
共に生きる

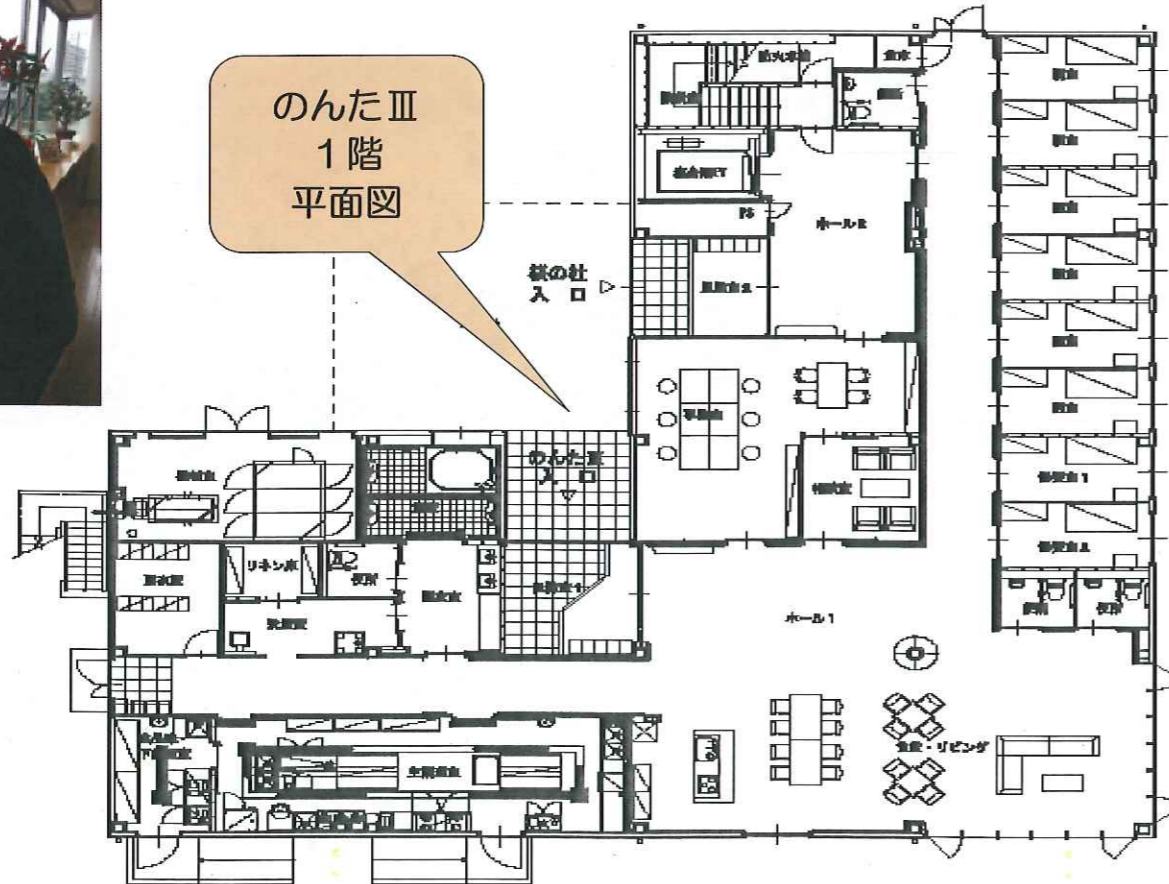
介護が必要な状態になっても、  
地域の中で暮らしていくために、ご自宅を拠点として  
通い・訪問・泊まりのサービスが利用できます。

いつも顔なじみのスタッフが生活のお手伝いを  
させていただくので、安心してご利用できます。  
サービスは、その方の生活スタイルやお体の状態などの  
ニーズに合わせて、個別に支援をさせていただきます。

小規模多機能型居宅介護は、介護保険法に基づき、  
登録定員25名の方に提供されます。



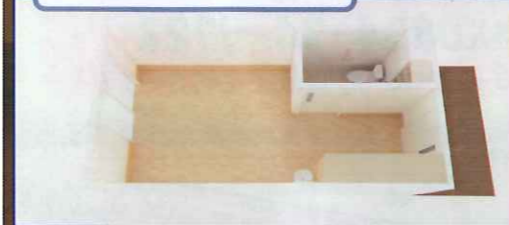
のんたⅢ  
1階  
平面図



# 住宅型有料老人ホーム 桜の杜

住宅型有料老人ホームって？

Aタイプ 11部屋



Bタイプ 2部屋

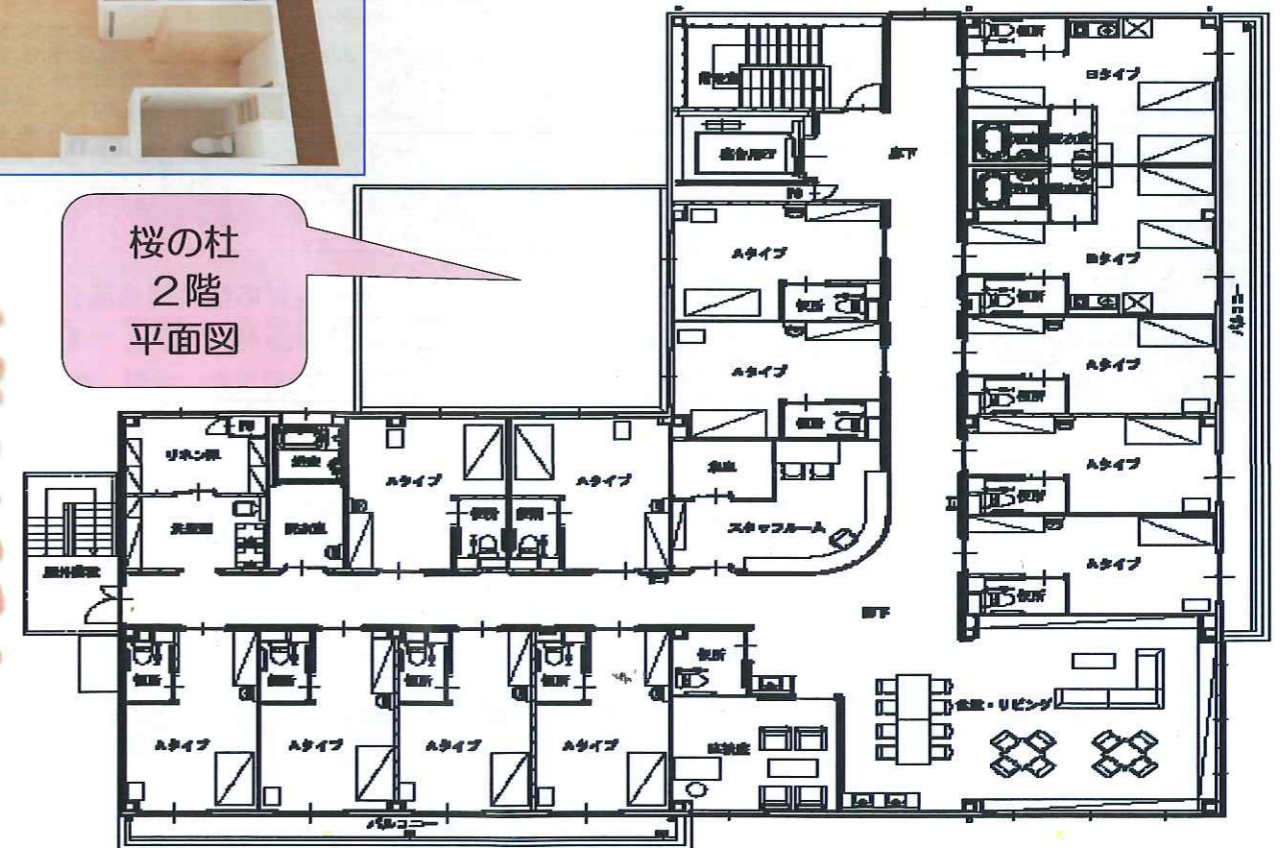


桜の杜では13部屋の個室と広い共用リビングを備えており、  
プライベートな空間と皆さんでゆっくり過ごせる空間を  
設けることで、家庭的な雰囲気の中、  
安心して過ごせるようにしてあります。

必要に応じて、デイサービスや訪問介護、訪問看護などの  
介護保険サービス等を組み合わせて利用することも可能です。  
近隣にはスーパーや道の駅、湯野温泉などもあります。

見晴らしの良い静かな住環境ですので  
ゆったりとした毎日の暮らしが望めます。

桜の杜  
2階  
平面図



すばらしい時を  
輝かせて未来へ  
つなぐ

# 住宅型有料老人ホーム 桜の杜

## 基本利用料金表

平成 26年 8月 1日 現在

### Aタイプ

費目	金額	備考
居室利用料	70,000円	入居日より、日割り計算致します。
管理費	20,000円	事務管理部門・その他各種サービス提供の為の person 費・事務費。
共益費	10,000円	共用部分の光熱水費です。
食費	54,000円	朝食 460円 昼食 670円 夕食 670円 (30日計算)

合計	154,000円
----	----------

敷金	210,000円	居室料の3ヶ月分を入居前に納金。 退居時の原状回復費等に使用し残金を返金致します。
----	----------	--

### Bタイプ

費目	金額	備考
居室利用料	90,000円	入居日より、日割り計算致します。
管理費	20,000円	事務管理部門・その他各種サービス提供の為の person 費・事務費。
共益費	15,000円	共用部分の光熱水費です。
食費	54,000円	朝食 460円 昼食 670円 夕食 670円 (30日計算)

合計	179,000円
----	----------

敷金	270,000円	居室料の3ヶ月分を入居前に納金。 退居時の原状回復費等に使用し残金を返金致します。
----	----------	--

# 住宅型有料老人ホーム 桜の杜 入居申し込み書

申し込み年月日      年      月      日

フリガナ		受付者：
本人氏名		性別： <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
生年月日	明・大・昭      年      月      日(      歳)	介護認定：
本人住所	〒	
申請者氏名		本人との続柄：
申請者住所	〒	
電話番号	(Tel)      -      -	(携帯)      -      -
他の連絡者氏名		本人との続柄：
住所	〒	
電話番号	(Tel)      -      -	(携帯)      -      -
ケアマネジャー	氏名	事業所名：
	TEL	FAX
利用者の現状	1 自宅生活(独居・同居)	
	2 入院中(病院名)	
	3 施設入所中(施設名)	
	4 その他(利用している介護サービス等)	
既往歴 <small>(わかる範囲で結構です)</small>		<input type="checkbox"/> タイプA
		<input type="checkbox"/> タイプB
< 例 >	家族構成	
<p>◎=本人 □=配偶者 ♂=男 ♀=女 点線囲み=同居家族</p> <p style="text-align: center;">[ 主介護者は○で 囲んで下さい ]</p>	<p style="text-align: center;">◎ -</p> <p style="text-align: center;">死亡の場合は黒く 塗りつぶしてください。</p> <p style="text-align: center;">※左図をご参照の上、ご記入ください。</p>	

# 小規模多機能型居宅介護のんたⅢ 利用申し込み書

申し込み年月日 年 月 日

フリガナ			受付者：
利用者氏名			性別： <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
生年月日	明・大・昭 年 月 日( 歳)	介護認定：	
利用者住所	〒		
申請者氏名			本人との続柄：
申請者住所	〒		
電話番号	(Tel) - -	(携帯) - -	
他の連絡者氏名			本人との続柄：
住所	〒		
電話番号	(Tel) - -	(携帯) - -	
ケアマネージャー	氏名	事業所名：	
	TEL	FAX	
利用者の現状	1 自宅生活(独居・同居)		
	2 入院中(病院名)		
	3 施設入所中(施設名)		
	4 その他(利用している介護サービス等)		
既往歴	(わかる範囲で結構です)		
<p>&lt; 例 &gt;</p> <p>◎=本人 □=配偶者 ♂=男 ♀=女 点線囲み=同居家族</p> <p>死亡の場合は黒く塗りつぶしてください。</p> <p>[ 主介護者は○で囲んで下さい ]</p>	<p style="text-align: center;">家族構成</p> <p style="text-align: center;">◎ -</p> <p style="text-align: center;">※左図をご参照の上、ご記入ください。</p>		