

グループホーム ロンジェ 入居申込のご案内

1. 「グループホーム ロンジェ」について

(1) 所在地

中央区入船1-1-13 桜川敬老館等複合施設内
6階：グループホーム ロンジェ（認知症高齢者グループホーム）

(2) 開設日

令和3年3月22日（月）
※入居者の受入れは開設日以降に順次行います。

(3) 施設内容

グループホームの定員は18人で、9名・9名の2ユニットで全室個室で構成されています。認知症の方が共同生活による家庭的な環境の下、認知症の症状の進行を緩和し、安心して日常生活を送れるよう、身の回りのサポートや介護を行う施設です。

※併設の特別養護老人ホームの入所については「特別養護老人ホームわとなーる桜川入所申込のご案内」をご覧ください。

(4) 利用料金の例

要介護3で、1割負担の場合の月額利用料金

内容		金額	参考) 要介護度別の介護保険サービス利用者負担	
介護保険サービス利用者負担		26,430円	要介護度	利用者負担額
家賃		60,000円	要支援2	24,360円
光熱水費		20,000円	要介護1	24,510円
共益費		12,000円	要介護2	25,650円
食事代	朝食(@382円)	11,460円	要介護3	26,430円
	昼食(@505円)	15,150円	要介護4	26,970円
	夕食(@505円)	15,150円	要介護5	27,480円
計		160,190円		

※ 介護保険サービス利用者負担は基本料金であり、各種加算があります。また、利用者負担割合及び要介護度により金額が変わります。

※ このほか、医療費・薬代・その他生活必需品の実費負担分がかかる場合があります。

※ こちらは、令和2年12月時点の金額です。

2. 入居の対象となる方

中央区にお住まいで、認知症と診断を受け、介護保険の要介護認定により要支援2または要介護1～5と認定された方。

※ 他のグループホームへ申込みされている方も併願して申込みすることができます。

3. 入居申込書の配布場所

区役所4階介護保険課、各おとしより相談センターにて入居申込書を配布しています。
また、当法人ホームページ (<http://www.watona-ru.com/>) からダウンロードが可能です。

4. 申込方法等

入居申込書 及び **介護保険被保険者証のコピー1部** を郵送して下さい。

申込期間は、令和2年12月2日（水）～令和2年12月28日（月）消印有効

郵送先：〒134-0084

東京都江戸川区東葛西7-19-8 わとなーる開設準備室

※ 申込内容を確認させていただくために、当法人から電話連絡させていただく場合があります。入居申込書の申請者の「連絡先」の欄には、日中連絡のとれるお電話番号を記入してください。

5. 電話での申込相談

入居申込みについて、こちらの電話番号にてご相談をお受けします。

わとなーる開設準備室 電話番号

080-8372-2647

090-5832-6910

080-2838-9673

受付時間：土日祝日を除く、午前10時～午後4時

6. 入居までの流れ

施設の入居調整基準（*）に基づいて、配分した点数を勘案して決めた順位の順に当法人より電話連絡を行い、面談に伺います。当施設の入居判定会議において総合的に判断して入居の可否を決定します。入居決定者については、令和3年2月～3月に入居決定の通知及び手続きのご案内を送付致します。

（*）入居調整基準： 要介護度、認知症の状態、介護環境、区民期間

※ 入居決定者が定員に達し、面談の対象とならなかった方については、当法人より連絡はせずに自動的に入居待機者とさせていただきます。入居待機者の方には、入居が近づきましたら当法人よりご連絡します。

グループホーム **ロンジェ** 入居申込書

(宛先)
 社会福祉法人わたなへる
 グループホーム

申込日 年 月 日

ロンジェ

担当者 行

受付印

申請者	ふりがな			
	氏名			
	住所	〒		
	連絡先	自宅		
		携帯		
入居申込者との関係				

入居申込者	ふりがな			生年月日	年 月 日	(歳)	
	氏名			性別	男・女	連絡先	
	住所	〒	中央区		中央区民になった年月	年 月	
	要支援・要介護度		負担割合	(1 ・ 2 ・ 3)		介護支援専門員 (ケアマネジャー)	<input type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない
	有効期間満了日	・	健康保険	社保・国保・共済 後期高齢者・生保 その他()		事業者名() 電話()	-
	更新・区分変更申請中の場合	申請日	年 月 日	介護保険被保険者番号	氏名		
	成年後見人制度の利用	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> なし	後見人等氏名				
			所属・関係				
			電話				
	現在介護・サービスを受けている場所	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 自宅以外の親族の居宅 <input type="checkbox"/> デイサービス 週 回 <input type="checkbox"/> 通所リハビリ 回 <input type="checkbox"/> ショートステイ頻度 () <input type="checkbox"/> 訪問介護 週 回 時間(内容:) <input type="checkbox"/> 食配サービス <input type="checkbox"/> 訪問リハビリ 週 回 時間(内容:) <input type="checkbox"/> 訪問看護 週 回 時間(内容:)					
<input type="checkbox"/> 入院中	病院・施設の名称 :						
<input type="checkbox"/> 入居中	入院・入所期間 : ~						
医療	現在受けている医療処置	1. 無					
		2. 有	<input type="checkbox"/> 中心静脈栄養(IVH) <input type="checkbox"/> 人工透析 <input type="checkbox"/> ストーマ(人工肛門) <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 留置カテーテル 経管栄養(<input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 鼻腔 <input type="checkbox"/> その他) <input type="checkbox"/> インスリン <input type="checkbox"/> その他()				
家族欄	同居していない家族についても記入してください。	氏名(子・兄弟・姉妹等)	続柄	年齢	同居/別居	住所(同居は記入不要)	電話番号

裏面あり

入居希望者の状況	入居申込みをする理由				
	病歴		認知症の状態	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> IIIa
介護環境	介護者の状況 (当てはまる項目に✓等を記入)	<input type="checkbox"/> 介護者がいない			
		<input type="checkbox"/> 介護者がいるが、次の理由により介護が十分ではない			
		(1) <input type="checkbox"/> 介護者が70歳以上、且つ同一住居内の世帯員全員が70歳以上			
		(2) <input type="checkbox"/> 介護者が要介護1以上か、身体障害者手帳3級以上の認定を受けている (介護者 氏名:)			
		(3) <input type="checkbox"/> 介護者が複数人を介護している (要介護者 氏名:) (要介護1以上、身体障害者3級以上または知的障害3度以上)			
		(4) <input type="checkbox"/> 介護者が就労中(フルタイム勤務・自営・パート勤務)である(介護者 氏名:)			
		(5) <input type="checkbox"/> (1)~(4)以外の理由で介護することが難しい (介護者 氏名:) (理由:)			
その他	※ 特に知らせたいことや現在介護する上で、困っていることがあれば記入してください。				

要支援・要介護度、介護環境等に変更があった場合は、必ず届け出てください。

令和2 年 〇〇月 〇〇日 入居申込者氏名(署名) _____

代筆者氏名(署名) _____

社会福祉法人 わとなーる
グループホーム **ロンジェ**

〒104-0042
東京都中央区入船1-1-13 6階

グループホーム **ロンジェ** 入居申込書 (記入例)

(宛先)
社会福祉法人わたなーる
グループホーム

申込日 令和2年 〇月 〇〇日

ロンジェ

担当者行

受付印

見本

ふりがな	さくらがわ いちこ	
氏名	桜川 一子	
住所	〒 104-0045 中央区入船4-1-1	
連絡先	自宅	03-1111-2222
	携帯	090-1111-2222
入居申込者との関係	長女	

入居申込者	ふりがな	ちゅうおう たろう		生年月日	昭和 18 年 3 月 1 日 (〇△ 歳)		
	氏名	中央 太郎		性別	<input checked="" type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女	連絡先	03-1111-2222
	住所	〒 104-0045 中央区 入船4-1-1			中央区民になった年月	昭和〇〇年〇月	
	要支援・要介護度	要支援2	負担割合	(① ・ 2 ・ 3)		介護支援専門員 (ケアマネジャー)	<input checked="" type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない
	有効期間満了日	H30. 4. 1	健康保険	<input checked="" type="checkbox"/> 社保・国保・共済 <input checked="" type="checkbox"/> 後期高齢者 <input type="checkbox"/> その他()		事業者名 (〇〇〇介護サービス)	電話 (03) 3333-4444
	更新・区分変更申請中の場合	申請日	年 月 日	介護保険被保険者番号	12345	氏名	京橋 一子
	成年後見人制度の利用	<input type="checkbox"/> ある <input checked="" type="checkbox"/> なし	後見人等氏名				
			所属・関係				
			電話				
	現在介護サービスを受けている場所	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 自宅以外の親族の居宅 <input type="checkbox"/> デイサービス 週 回 <input type="checkbox"/> 通所リハビリ 回 <input checked="" type="checkbox"/> ショートステイ頻度 (月1回、2~3日の使用) <input type="checkbox"/> 訪問介護 週 回 時間(内容:) <input type="checkbox"/> 食配サービス <input type="checkbox"/> 訪問リハビリ 週 回 時間(内容:) <input type="checkbox"/> 訪問看護 週 回 時間(内容:)					
<input type="checkbox"/> 入院中	病院・施設の名称:						
<input type="checkbox"/> 入居中	入院・入所期間: ~						
医療	現在受けている医療処置	1. <input checked="" type="radio"/> 無 2. <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 中心静脈栄養 (IVH) <input type="checkbox"/> 人工透析 <input type="checkbox"/> ストーマ(人工肛門) <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 留置カテーテル 経管栄養(<input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 鼻腔 <input type="checkbox"/> その他) <input type="checkbox"/> インスリン <input type="checkbox"/> その他()					
	家族欄 同居していない家族についても記入してください。	氏名(子・兄弟・姉妹等)	続柄	年齢	同居/別居	住所(同居は記入不要)	電話番号
中央 花子		妻	70	同居		03-1111-2222	
桜川 一子		長女	52	同居		090-1111-2222	
中央 一郎		長男	54	別居	千葉県千葉市中央区1-1-1	55-6666-7777	
中央 京子		長男の嫁	50	別居	同上	同上	
	中央 次郎	弟	76	別居	中央区日本橋4-3-3	03-8888-9999	

裏面あり

同居・別居に関わらず「子」「兄弟」「姉妹」を記入して下さい。

入居希望者の状況	入居申込みをする理由	<p>例) 認知症がすすみ、夜間も家族を起こしています。 在宅での介護が困難と感じているため、入居を希望します。</p> <p>※具体的に理由を記入して下さい。</p>			
	病歴	<p>例) 平成30年: 認知症治療のため入院 (〇〇病院に3ヵ月)</p>	<p>認知症の状態</p>	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II a <input type="checkbox"/> II b	<input type="checkbox"/> III a <input checked="" type="checkbox"/> III b <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M
介護環境	<p>介護者の状況 (当てはまる項目に✓等を記入)</p>	<input type="checkbox"/> 介護者がいない			
		<input checked="" type="checkbox"/> 介護者がいるが、次の理由により介護が十分ではない			
		(1) <input type="checkbox"/> 介護者が70歳以上、且つ同一住居内の世帯員全員が70歳以上			
		(2) <input type="checkbox"/> 介護者が要介護1以上か、身体障害者手帳3級以上の認定を受けている (介護者 氏名:)			
		(3) <input type="checkbox"/> 介護者が複数人を介護している (要介護者 氏名:) (要介護1以上、身体障害者3級以上または知的障害3度以上)			
		(4) <input checked="" type="checkbox"/> 介護者が就労中(フルタイム勤務) 自営・パート勤務)である(介護者 氏名: 桜川 一子)			
(5) <input type="checkbox"/> (1)~(4)以外の理由で介護することが難しい (介護者 氏名:) (理由:)					
その他	<p>※ 特に知らせたいことや現在介護する上で、困っていることがあれば記入してください。</p> <p>同居しているのは、中央太郎(本人)、中央花子(妻)、桜川一子(長女)です。 本人は認知症が進み、夜間も母や私を起こします。 母は日中一緒にいますが、在宅での限界を感じています。 私も普段はフルタイムで仕事をしていますが、夜間父に付き添うことで疲労感があります。</p> <p>※内容を詳しく記入して下さい。</p>				

要支援・要介護度、介護環境等に変更があった場合は、必ず届け出てください。

令和2年 〇〇月 〇〇日 入居申込者氏名(署名)

中央 太郎

代筆者氏名(署名)

桜川 一子

自筆サインで
記入して下さい。

社会福祉法人 わとなーる
グループホーム ロンジェ

〒104-0042
東京都中央区入船1-1-13 6階