



[住 所] 神戸市長田区腕塚町2丁目

[最寄り駅] JR神戸線 神戸市営地下鉄 新長田駅 南へ徒歩7分

# サービス付き高齢者向け住宅 きようどうの家

この街には、気心の知れた友人がいて、

馴染みの服屋も食べ慣れたお店もある。

頼りになるお医者さんもいる。

だから、住み慣れたこの街で暮らし続けたい。









サービス付き高齢者向け住宅

# きょうどうの家のご紹介

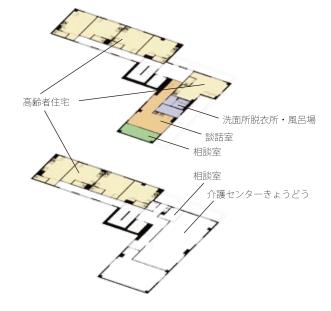
「きょうどうの家」は、「足腰が弱り、階段が昇れない」「店が遠くて買い物に行けない」 「一人暮らしで自分のことを気にしてくれたり相談できる身内が近くにいない」などの理由で今 の住宅に住みづらくなった高齢者が、これからもこの街で自分らしく暮らし続けられることを願っ て新長田の本町筋商店街に建てた住宅です。

「きょうどうの家」の入居対象は、おおむね 60 歳以上の方、および要介護要支援認定を受けておられる方などです。(介護認定を受けておられなくても 60 歳以上であれば入居は可能です。介護度が重くても、外部の医療や介護サービスを利用して生活できればご入居は可能です)

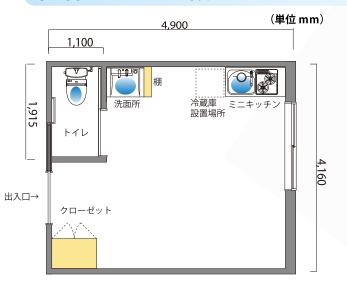
## 入居開始までの流れ

- ・4月より入居申込開始(申込期限4月20日)
- ・申込に関してはお電話にてご相談下さい。
- ・6月完成後、実際にお部屋を見ていただき、賃貸契約、
- その他の契約書類が整った方から入居を予定しております。
- \* 入居契約時には 住民票 介護保険証 医療保険証診療情報提供書などをご用意いただく予定です。
- ・8月より入居開始予定です。

専用電話 078-621-0132 月曜から金曜 10:00~16:00



### 住居イメージ 設備





住居戸数 3階4戸 4階5戸 合計9戸

住居面積 20.58 ㎡ (12.8 畳)~29.28 ㎡ (18.3 畳)

住居設備 全室バリアフリー 洋式トイレ 洗面台 ミニキッチン

収納スペース各戸に完備 夜間緊急通報システム

共有設備 キッチン 収納スペース 浴室 談話室など

#### 家賃等料金

家 賃 42,500~75,000円

敷 金 家賃の3ヶ月分(退去される場合に修繕費を差し引いて返還します)

共益費 16,000円(共用部分の水光熱費 エレベーター保守料など)

\*自室の水光熱費は別途必要です。

状況把握生活相談サービス費 20,000円

\*ご様子確認 生活相談 緊急時の対応などのサービス費用です。

#### その他

- ・食事サービスの提供はしておりません。
- \*「自室で調理を行う」「近所で外食する」「惣菜やお弁当を購入する」など、入居者一人一人の好みや暮らし向きに合った食事を工夫して頂けるように相談員とご相談ください。
- ・住宅の職員が介護サービスを提供することはできません。
- \*相談員や各自のケアマネージャーと相談し、地域の介護保険サービスなどをご利用ください(自己負担)
- ・医療サービスは地域の医療機関からの提供になります(自己負担)
- \*かかりつけ医などのない方は相談員にご相談ください。
- ・居室にてご利用の家具や電気製品、照明器具は各自でご用意いただきます。
- ・カーテンは防煙カーテンを完備しています。
- ・冷暖房は完備しております。
- ・全館禁煙になります。

きょうどうの家 入居申込み書

LL >=				· / / / / / / / / / / / / / / / / / / /	<del>                                     </del>	<u> </u>				ŀ
お申込み日		年 月	日			ı				
人	ァッガナ お名前			男·女 ————————————————————————————————————	生年月日	M·T·S	年	月	日(	才)
	介護の状況	無・有 ⇒具体的に 要介護[ ]								
	ご住所									
	ご連絡先	①自宅		· 带						
現在の状況	お住まい	独居•同居	区別	区別持家・公営住宅・賃貸住宅						
	入院•入所□	中(名称:	)							
家族·親族	氏名		年令	続柄		住所·電話				
					同居·別居					
					同居·別居					
					同居·別居					
					同居·別居					
お 申 込 み	<sup>ァリガナ</sup> お名前		続柄							
	※ご住所									
	※ご連絡先	絡先 ①自宅 ②携帯								
	連絡に関する希望(時間等)									
	※ご住所、ご連絡先は入居希望者と同じであれば、'同上' や '同じ' でも構いません。									
入居希望日	平成 年 月 日頃希望									
身体状況		身体障害	なし・あり	(障害種類:		級)				
	健康状態	精神障害	なし・あり	(障害種類:		級)				
		かかりつけ医	なし・あり	(医療機関名					)	
現在利用の介護支援事業所					担当ケア	マネージャー	_			様
現在利用中の介護サービスと今後の希望・予定										

(当方にて使用 | 受付 年 月 日 受付者 )