

入居一時金及び管理費

令和4年6月1日現在

居室タイプ	各種年齢プラン	エイジ80プラン	エイジ85プラン	エイジ90プラン
	基本プラン (エイジフリープラン)	満80歳以上の方に お選び頂けるプラン	満85歳以上の方に お選び頂けるプラン	満90歳以上の方に お選び頂けるプラン
	償却期間	5年(60ヶ月)	4年(48ヶ月)	3年(36ヶ月)
	入居一時金	5,500,000円	4,500,000円	3,500,000円
	家賃相当額	月々償却額75,000円		
	初期償却額	1,100,000円	900,000円	800,000円
	管理費	111,100円(月額・消費税込)		
	返還金	(入居一時金 - 初期償却額) × (償却期間(日数) - 入居日数) ÷ 償却期間(日数)		
トイレ、ミニキッチンあり	入居一時金	4,200,000円	3,500,000円	2,700,000円
	家賃相当額	月々償却額57,000円		
	初期償却額	780,000円	764,000円	648,000円
	管理費	100,100円(月額・消費税込)		
	返還金	(入居一時金 - 初期償却費) × (償却期間(日数) - 入居日数) ÷ 償却期間(日数)		
	食費	月額66,000円(消費税込・1日3食、暦日30日の場合)		
	水道・光熱費	実費		
	おむつ代	実費		
その他費用	各種サービス	<ul style="list-style-type: none"> ・外出・受診の送迎・付き添い・お薬代・理美容代・嗜好品など。 ・自立入居のお客様⇒居室清掃、洗濯、入浴介助/銀行振り込み、送金などの代行手続きなど、別途「各種サービス等の一覧」に定める料金 		

※物価上昇等、諸般の事情により、やむを得ず料金の変更を行う場合があります。

※初期償却額＝想定入居期間を超えて契約が継続する場合に備えて事業者が受領する額

※償却期間＝想定居住年数

入居費用参考モデル

A) 月々の費用(トイレ、キッチン付き個室)

※30日を例

内訳	金額	備考
管理費	111,100円	
食費	66,000円	
介護保険負担額(1割)	約25,000円(加算含)	要介護3を例
水道料金	※実費	2ヶ月毎
電気料金	※実費	
おむつ代	約5,000円～約30,000円	実費
合計	約217,100円～242,100円	

※水光熱費は原則実費ですが、お部屋によっては金額が固定になります。
 固定→水道料金: 3,256円 光熱費: 6,603円

B) 月々の費用(トイレ、キッチンなし個室)

※30日を例

内訳	金額	備考
管理費	100,100円	
食費	66,000円	
介護保険負担額(1割)	約25,000円(加算含)	要介護3を例
水道料金	3,256円	2ヶ月毎
電気料金	6,603円	
おむつ代	約5,000円～約30,000円	実費
合計	約206,000円～231,000円	

A)、B)ともに

- ・介護保険負担金は非課税で、その他の費用には消費税が含まれております。
- ・介護保険負担金(1割～3割)の金額は、介護報酬認定表をご覧ください。
- ・医療費(お薬代など)は、別途費用がかかります。

※入居時には別途入居一時金が必要です。

詳しくは「入居一時金及び管理費」をご覧ください。 令和4年6月1日現在

サービス等の一覧表

介護を行う場所	自立		要支援・要介護1～5	
	居室		居室	
	一時金及び月額利用料を含むサービス	その都度徴収するサービス	介護保険給付一時金及び月額利用料を含むサービス	その都度徴収するサービス
生活サービス				
◆家事 ・清掃	/	/	週2回指定日	/
・洗濯	/	/	週2回指定日	/
◆入浴	/	/	週2回指定日	/
◆排泄 ・排泄介助	/	/	排泄の都度一部介助	/
・おむつ交換	/	/	排泄の都度全面介助	/
おむつ代	/	/	/	実費
◆身辺介助 ・体位交換	/	/	毎日おむつ交換時	/
・衣類の着脱	/	/	毎日朝・夜及び入浴時に一部介助	/
・身だしなみ介助	/	/	毎日朝・夜及び入浴時に一部介助	/
◆食事 ・食事の介助	/	/	食事の都度一部介助	/
・居室配膳、下膳	/	/	状況に応じ	/
◆理美容	/	実費	/	実費
◆代行 ・買物	週1回指定日	/	週1回指定日	/
・役所手続き	その都度	/	その都度	/
健康管理サービス				
・健康診断	/	別途負担	/	別途負担
・健康相談	その都度	/	その都度	/
・生活指導	随時	/	随時	/
・医師の往診	2週に1回	必要に応じ随時 * 医療保険制度で支給される以外の費用は入居者負担	2週に1回	必要に応じ随時 * 医療保険制度で支給される以外の費用は入居者負担
入退院時、入院中のサービス				
・医療費	/	医療保険制度で支給される以外の費用は入居者負担	/	* 医療保険制度で支給される以外の費用は入居者負担
・移送・付添サービス	/	1100円/30分		1100円/30分
その他のサービス				
◆レクリエーション	週3回実施	材料費等は実費負担	週3回実施	材料費等は実費負担
◆個別なご希望による外出介助、買物代行	必要に応じ	1100円/時	必要に応じ	1100円/時 但し、人員の都合により難しい場合もあり

★当施設における介護報酬

要介護認定等の結果	介護報酬の単位	介護報酬の額(日額)	介護報酬の目安(30日分)	利用者負担分の1割負担目安(30日分)	利用者負担分の2割負担目安(30日分)	利用者負担分の3割負担目安(30日分)
要支援1	182	1,918	57,548	5,755	11,510	17,265
要支援2	311	3,278	98,338	9,834	19,668	29,501
要介護Ⅰ	538	5,671	170,116	17,012	34,023	51,035
要介護Ⅱ	604	6,366	190,985	19,098	38,197	57,295
要介護Ⅲ	674	7,104	213,119	21,312	42,624	63,936
要介護Ⅳ	738	7,779	233,356	23,336	46,671	70,007
要介護Ⅴ	807	8,506	255,173	25,517	51,035	76,552

※当ホームの介護報酬額は、1単位＝10.54円で※利用者負担額は、1割～3割です。

※消費税は、非課税です。

※夜間看護体制加算10単位/日が別途加算されます。(要支援1、要支援2を除く) (約316円)

※医療機関連携加算80単位/月が別途加算されます。(約84円)

※介護職員処遇改善加算(所定単位数の8.2%)が別途加算されます。(毎月多少の変動があります)

※退院・退所時連携加算(入居から30日以内に限り)30単位/日が別途加算されます。(約949円)

※若年性認知症入居者受入加算120単位/日が別途加算されます。(対象者のみ)

※特定介護職員処遇改善加算(所定単位数の1.2%)が別途加算されます。(毎月多少の変動があります)

※介護職員ベースアップ支援加算(所定単位数の1.5%)が別途加算されます。(毎月多少の変動があります)

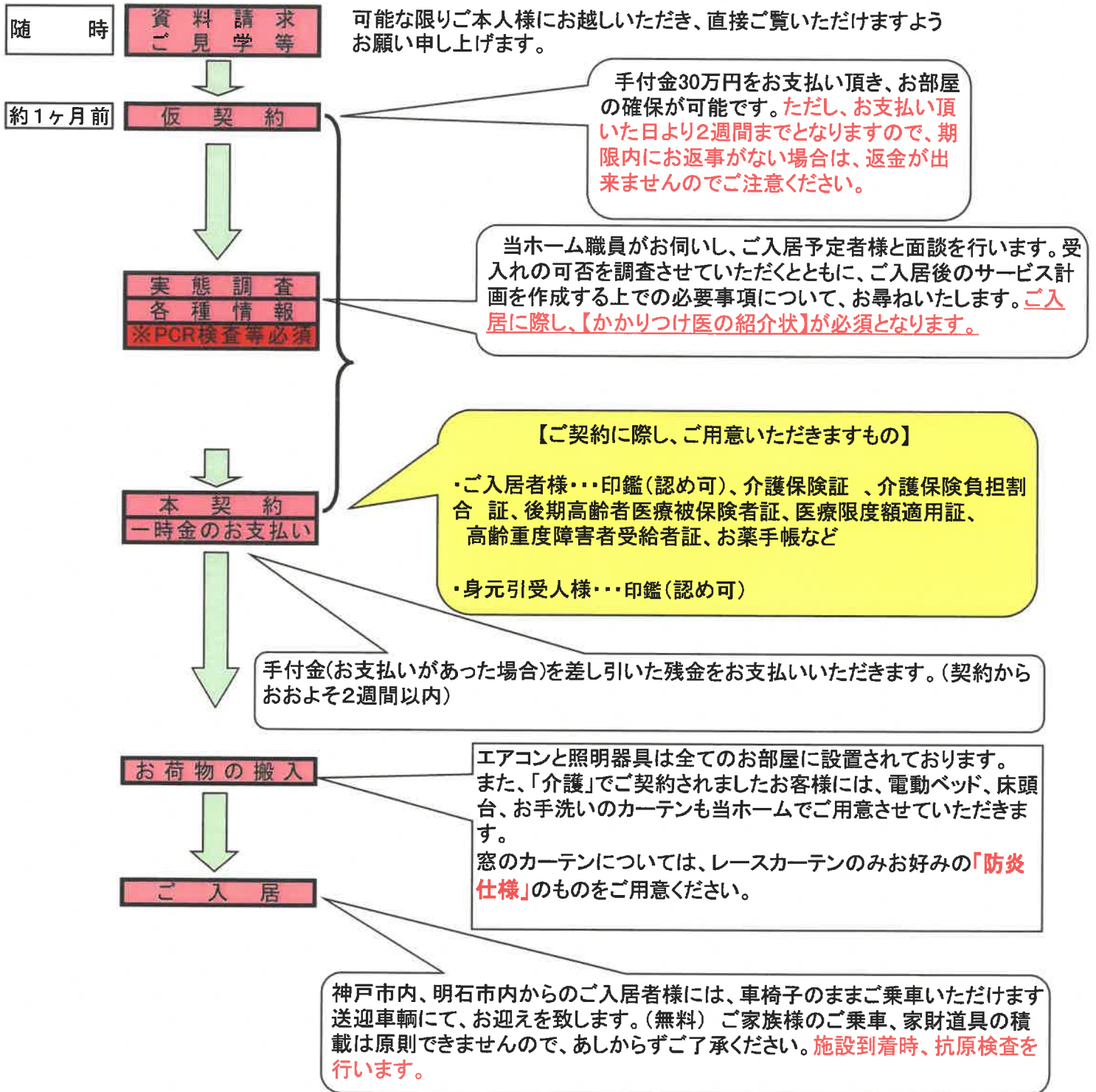
★保険給付対象外サービス

サービスの種類	費用	備考
オムツの提供	実費	
理美容サービス	実費	毎月、第2月曜日。
買物代行サービス	無料	購入品は実費です。
各種代行サービス	実費	各種手続きについては実費。
その他	実費	

※上記はあくまで予定であり、入居者の状況に応じて、変更する場合があります。

※請求に先立ち明細を送付し、内容及び金額をお知らせします。※消費税は原則課税されます。

ご契約・ご入居までの流れ



ご持参して頂くもの

チェック	品目	数量	備考
<input type="checkbox"/>	衣類	3～5組程度	普段着（高級なものはお控えください） 靴下は黒色はご遠慮ください
<input type="checkbox"/>	肌着類	3～5組程度	パンツ・シャツ・パッチ など
<input type="checkbox"/>	寝巻き類	3組程度	パジャマ など（必要な方のみ）
<input type="checkbox"/>	バスタオル	3組程度	
<input type="checkbox"/>	タオル	5組程度	
<input type="checkbox"/>	コップ	2つ	洗面用と飲用の2つ。（割れやすいものはお控えください）
<input type="checkbox"/>	洗面用具	一式	歯ブラシ・歯みがき粉・使い捨ての髭剃り（入浴時に使用）など 義歯・義歯ケース・ポリデント※使用されている方のみ
<input type="checkbox"/>	ティッシュペーパー	1セット以上	
<input type="checkbox"/>	トイレトペーパー	1セット以上	WCを必要とされる方のみ
<input type="checkbox"/>	靴（上履き）	1足	スリッパのようなかかたが無いものはお控えください
<input type="checkbox"/>	ゴミ箱	1つ	居室用
<input type="checkbox"/>	衣類ショールーム	必要個数	簡易なもので構いません
<input type="checkbox"/>	レースカーテン （防炎か難燃）	2対	横170cm（85cm×2） 縦125cm （規格サイズで結構です）※1対の大きさです
<input type="checkbox"/>	個人の必要物品		お薬手帳・保険者証類一式・TV・ラジオ・延長コード・眼鏡・杖・冷蔵庫・思い出の品 など

※居室電気については、前使用者のものをそのまま継続しております。

切れた時点で立替購入させていただきます。

お手数ですが、ご持参されるものには
すべてに記名をお願いします。

※ご用意に際し、ご不明な点等ございましたら、担当者までお問合せください。

体験入居のご案内

本当に心地のよい場所なの？自分の生活に合うの？など入居にあたっていろいろな不安がでてきます。そのような方のために塩屋すみれビレッジでは空き部屋を利用して体験していただく機会をご用意しております。

塩屋すみれビレッジでの生活を体験していただき、安心してご入居いただくためにご活用ください。

- 体験入居の条件 塩屋すみれビレッジへの入居をご検討中の方
自立・介護保険の要介護（要支援）認定を受けられておられる方
- 期間 最長7泊8日までのご利用が可能です。（ご利用は1泊2日から受け付けます。）
- 費用 体験入居料（税込） 1日 ¥7,700円（3食込み）
提供ができる介護サービスの内容については、別途『サービス等の一覧表』
をご覧ください。
- 入居に当たっての送迎について
明石市内・神戸市内の方についてはご相談に応じます。
（車椅子の方の送迎も可能です。）
- 居室 当ホームの空き室を利用いたしますので、お部屋を選んでいただくことはできかねますのであらかじめご了解ください。
- 体験入居の際にお持ちいただくもの
別紙の『ご持参して頂くもの』をご覧ください。
- お申し込み お電話等でご相談ください。
ご利用に当たりましては、事前に「[PCR検査](#)」が必要となります。
（同グループのクリニックにてPCR検査をおこないます。※15分ほどで結果が出ます。
体験入居日当日に予約をとり、結果が陰性であればそのまま施設へお越し頂く流れとなります。ただし、陽性判定の場合は、ご体験が出来かねますこと、ご了承ください。）

アイビーメディカル株式会社
塩屋すみれビレッジ（介護保険事業所番号 2870804388）
電話番号：078-753-0450 FAX番号：078-753-0701
担当：生活相談員 南

令和 年 月 日

入居相談承り書

ご相談者 住所 _____

お名前 _____

お電話 _____ (_____)

ご関係 本人・ご家族 (_____)

※ご連絡がつくお電話番号をお願い致します

入居希望日	令和 年 月 日 頃までには	
ご入居者	ご本人のみ ・ 同居者あり (ご関係 _____)	
フリガナ		男 ・ 女
ご入居者氏名		
生年月日	明治 ・ 大正 ・ 昭和 年 月 日 歳	
現住所	〒 _____	
現在の居場所	自宅 ・ 入院中(_____) ・ 施設(_____)	
要介護度	自立 要支援 1 ・ 2 要介護 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5	
コロナワクチン	接種回数及び接種日: _____ 回目 ・ 令和 年 月 日	
備考	_____	

※入居の決定に際し改めて必要な事項をおきいたします。

お客様からいただいた個人情報は、ご入居に関するご案内のために使用し、その他の目的には使用いたしません。