

たいせつな時間を
たいせつな人と…



訪問看護ステーション・訪問介護ステーション併設

令和6年4月開設。富谷市で初めての医療に特化した有料老人ホームです



【受け入れ事例】

- ・ 終末期
- ・ 悪性腫瘍
- ・ パーキンソン病関連疾患
- ・ 多系統萎縮症
- ・ 筋萎縮性側索硬化症
- ・ 気管切開
- ・ 人工呼吸器使用 など

- ・ 看護師と作業療法士、ヘルパーが常駐。
- ・ 24時間、医療のサポートが受けられます。
- ・ 面会自由。会いたい方と一緒に過ごすことができます。
- ・ 外出や外泊のご相談ができます。



【入居費用】

ひと月あたり **91,270** 円(税込)

敷金礼金 ▶ **0** 円(税込)

家賃 ▶ **39,000** 円(税込)

共益費 ▶ **16,000** 円(税込)

食費(1日) ▶ **1,170** 円(税込)

ミキサー食対応可能(料金1,320円)
特別室もございます。
医療保険・介護保険、日用品費用が別途かかります。

住宅型有料老人ホーム

スプリングフォレスト明石台 ☎ **022-341-8871**

〒981-3332 宮城県富谷市明石台7丁目1-7

☞ <http://spring-forest.co.jp/>



スプリングフォレスト明石台 料金一覧表

◇基本料金 ※入居一時金(敷金・礼金)はありません。 (31日の場合)

ご入居費(月額)	家賃 (非課税)	管理費 (非課税)	食費 (税込)	合計
一般室・普通食	39,000 円	16,000 円	36,270 円	91,270 円
一般室・ムース食	39,000 円	16,000 円	40,920 円	95,920 円
特別室 (202/203/216/217号室) 普通食	66,000 円	21,000 円	36,270 円	123,270 円
特別室 (202/203/216/217号室) ムース食	66,000 円	21,000 円	40,920 円	127,920 円
特別室 (201/215号室) 普通食	86,000 円	26,000 円	36,270 円	148,270 円
特別室 (201/215号室) ムース食	86,000 円	26,000 円	40,920 円	152,920 円

◇入居セット(税込) ※株式会社ライフアップと別途契約

項目	日額(税込)	月額(税込)	内容
Aセット(寝具・タオルレンタル) ※日用品セットつき	330 円	10,230 円	入居に必要な寝具とタオル類の洗濯付きレンタルセット
Bセット(私物洗たく)	187 円	5,797 円	個人の洗濯物代行サービス ドライ品等は別途料金となります。
Cセット(おむつセット)	627 円	19,437 円	おむつ、リハビリパンツ、パットの定額サービス(おしり拭き付)
Dセット(介護寝巻レンタル)	132 円	4,092 円	上下または浴衣タイプ(S~LL)

【Aセットサービス品(日用品セット)】

歯ブラシ/歯みがき粉/入れ歯洗浄剤/入れ歯ケース/入れ歯用ブラシ/口腔ケアスポンジ/歯みがきティッシュ/口腔保湿剤
うがい用コップ/ガーグルベース/ストロー付きコップ (替えストロー付き)/食用用エプロン/BOXティッシュ/ウエットティッシュ
ポディー石けん/リンスインシャンプー

◇介護費用

区分	区分支給 限度基準額	利用者負担額 (1割負担の場合)	
要介護1	16,765 単位	16,766 円	・介護保険を利用し、訪問介護、訪問看護(リハビリを含む)サービスをご利用できます。 ・負担割合により自己負担の金額が異なります。(2割、3割)
要介護2	19,705 単位	19,706 円	
要介護3	27,048 単位	27,049 円	
要介護4	30,938 単位	30,939 円	
要介護5	36,217 単位	36,218 円	

◇医療費用

- ・ご本人の負担割合(上限額等)により自己負担額が異なります。
- ・訪問診療、訪問薬剤(調剤薬局)、訪問看護のサービスをご利用いただけます。
- ・基本料金、入居セット、介護費用とは別に利用料金がかかります。

※その他、個別に使用する衛生用品、物品によって別途料金がかかる場合がございます。

スプリングフォレスト明石台（住宅型有料老人ホーム） 入居申込書

入居を希望するので、下記のとおり申し込みます。

申込日	令和 年 月 日
受付対応者	

太枠内をご記入ください。（ご不明な点は職員へお声がけください。）

入居される方	ふりがな		性別	大・昭	
	氏名		男・女	生年月日 年 月 日 歳	
	住所	〒 -		電話番号 ()	
	かかりつけ医	医療機関名		主治医名	
	ケアマネジャー	事業所名		担当者名	
	現在の居所	<input type="checkbox"/> 自宅で一人暮らし <input type="checkbox"/> 自宅で家族と同居 <input type="checkbox"/> 施設入居中 <input type="checkbox"/> 入院中 <input type="checkbox"/> その他			
		施設名又は 病院名		入居又は 入院時期	年 月 日 頃から
	介護保険認定	<input type="checkbox"/> 要支援1 <input type="checkbox"/> 要支援2 <input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5			
<input type="checkbox"/> 申請中		申請日	年 月 日 頃		
介護保険負担割合	<input type="checkbox"/> 1割 <input type="checkbox"/> 2割 <input type="checkbox"/> 3割				
医療保険負担割合	<input type="checkbox"/> 1割 <input type="checkbox"/> 2割 <input type="checkbox"/> 3割 <input type="checkbox"/> 公費（月額自己負担上限 円）				
入居申込み者	ふりがな		入居される方との続柄		
	氏名				
	住所	〒 -		電話番号	自宅 ()
		携帯電話番号	()		
その他の連絡先	ふりがな		入居される方との続柄		
	氏名				
	住所	〒 -		電話番号	自宅 ()
		携帯電話番号	()		

備考