

ケアハウス ホワイトキャッスル

入居者募集案内

心から安らぎながら時を楽しむ、
そんなゆとりのセカンドライフが
ここから始まります。



社会福祉法人 緑誠会

心から安らぎながら時を楽しめる場所

施設の概要

名称	ケアハウス ホワイトキャッスル
設置者	社会福祉法人 緑誠会
場所	札幌市手稲区西宮の沢1条4丁目14番10号
定員	100名
構造	鉄骨鉄筋コンクリート9階建
敷地面積	3,986㎡
延床面積	5,678㎡
居室	一人部屋:8畳~9畳×94部屋 (うち引き戸タイプ10部屋) 夫婦居室:3部屋
開設	平成7年8月1日

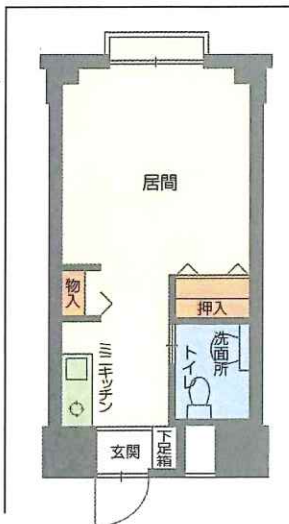
設備

居室設備
ミニキッチン・IH調理器・トイレ・洗面台・クローゼット(大・小)各1ヶ所・ナースコール・電話機・パネルヒーター・下駄箱・スプリンクラー・照明器具・消火器・テレビアンテナ端子(BS)

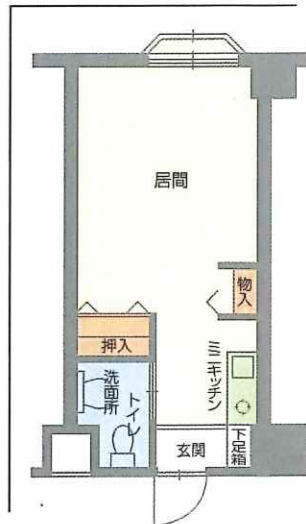
館内設備
食堂・浴室1階・娯楽室2階・自動販売機・相談カウンター・カラオケ設備・ステージ・多目的機能回復訓練室・洗濯機・乾燥室(各階設置)・防災監視システム・エレベーター1基・各階に談話コーナー
※全館禁煙



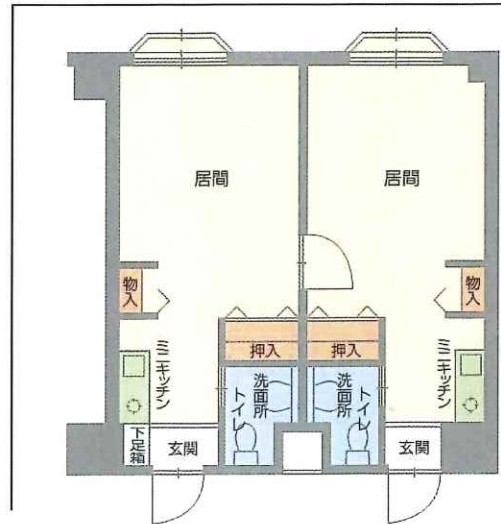
一人部屋 Aタイプ



一人部屋 Bタイプ



二人部屋(夫婦居室)タイプ



サービス内容

- 食事は専任の栄養士による高齢な方に適した献立で、一日三餐を用意します。
- 入浴は大浴場で月曜日~土曜日準備します。
- 相談員、介護職員による生活相談、健康面のアドバイスなどを気軽に受けられます。
- 健康の増進や充実した毎日の生活を送っていただくため、体操、講習会、クラブ活動、演芸、食事会、外出行事、レクリエーション等を企画しております。



利用できる方

- 年齢が60歳以上の方(夫婦で利用される場合は、どちらかが60歳以上であること)。
- ひとり暮らしの方、もしくは、家庭環境・住宅事情により家族と同居することが困難な方。
- 自炊ができない程度の身体機能の低下が認められるが、日常生活においては身のまわりのことが自分でできる方。
- 利用費(生活費・事務費・管理費等必要な毎月の経費)の支払が確実にできる方。
- 原則として、札幌市に1年以上住んでおられる方。



利用にあたって

- 居室は洋室になっていますが、ベッドを使用することも、またカーペットを敷き、布団を使用することもできます。
- 居室の広さの関係から、持ち込む家具・備品は制限されます。申し込みの時にご相談ください。
- ペットの飼育はできません。
- 外出、外泊、訪問などは自由です。



次のような場合には、利用を取り消して契約を解除することになります。

- ・入居条件に関して虚偽の届出を行って利用したとき。
- ・利用料などを滞納したとき。
- ・施設での生活に著しい支障があると認められるとき。
- ・入院などの理由で長期間施設を利用しないとき。
- ・その他、詳細については、面接時に説明いたします。

ご利用(入居)の申し込み方法

- ご利用(入居)を希望される方は、次の書類を添えてご提出ください。

必要書類

- 入居申込書 ●戸籍抄本 ●住民票
- 前年の年収(所得)状況が確認できる書類 ●健康診断書

施設見学を
ご希望の方は
ご相談ください。

入居までの流れ

- 1 見学・相談・申し込み
- 2 書類受付
- 3 居室空き状況により後日連絡の上面接
- 4 ご利用(入居)の決定後「利用承認通知書」を郵送
- 5 入居契約

入居申し込み窓口

月曜日～金曜日
受付 午前9時～午後5時
TEL.011-694-1011



入居申込書

申し込み 年 月 日

社会福祉法人 緑誠会
ケアハウス ホワイトキャッスル

施設長様

写真

寸 4.0×3.5

次のとおり軽費老人ホーム（ケアハウス）
入居を申し込みます。

フリガナ
氏名

印

居室の希望	一人室 ・ 二人室（夫婦室）							
生年月日	大正 ・ 昭和 ・ 平成 年 月 日 （ 歳） 男 ・ 女							
現住所	〒 -			自宅	（ ）			
				携帯	（ ）			
本籍地	都・道・府・県							
収入状況	年金関係	種類		年額	円			
					円			
					円			
					円			
	給与	勤務先		年額	円			
	不動産収支	種類		年額	円			
	利子収支			年額	円			
その他収支			年額	円				
	合計				円			
健康保険	1.国保本人 2.国保家族 3.社保本人 4.社保家族 5.後期高齢者							
利用料等経費 支払い	1.本人負担	※番号のいずれかに○を、2,3は下に記入を。						
	2.一部縁故者	縁故者の場合						
	3.全額縁故者	住所 氏名 職業					続柄（ ）	
保証人以外の家族の状況	続柄	氏名	年齢	住所	電話	職業	同居別居の別	


住居の状況	区分	広さ	家賃	現在の状況での問題点	
	自家	室 畳	—		
	借家	室 畳	円		
	アパート	室 畳	円		
	その他				
身 体 の 状 況	日常生活での困難点	例) 買い物(ひとりで外出)に行けない・ご飯の支度が出来ない・薬の管理が出来ない など			
	健康状況	困難性及び不安がある。 健全・病弱・持病(病名)			
		通院治療中	病名	病院名	
		最近5年間にかかった病気			
	身体障害	有・無	有の場合(部位	手帳 有・無	種 級)
	要介護度	要支援 1・2 / 要介護 1・2・3・4・5			
		介護認定期限	年 月 日 ~ 年 月 日		
ご利用中の介護保険サービス内容					
生 活 歴	生いたち	(生活歴)			
	学 歴				
	職 歴				
	結 婚 歴	有・無	死 別 亡くなられた年(年)	離 婚	
入所希望の理由	(具体的に)				
身元保証人	氏 名	本人との関係	住 所 (自宅または携帯番号)	職業 勤務先 (電話)	
	Ⓜ		()	()	
	Ⓜ		()	()	

(注) 1. 記入上の注意 ・各項目に該当するところを○で囲んでください。

・貼付する写真の大きさはタテ4cmヨコ3.5cmで出来るだけ新しい写真。

2. この申し込み書で審査し、適格者と認められた場合は、面接調査の上入居者を決定いたします。

3. 面接通知を受けたときは、保証人様と一緒にお願いします。

健康診断書				
氏名		性別	男・女	生年月日 (年齢) 年 月 日生 (満 歳)
現住所				
既往歴	結核性疾患			
	精神異常及び慢性中毒			
	その他の疾患			
現在症	結核性疾患			
	その他の伝染性疾患			
	精神異常及び慢性中毒			
	その他の疾患			
血 圧	最 高			脈
	最 低			
尿				
機能障害の有無				
施設の入居に 対する医師の 所 見	1 自分で十分ホームの日常生活を行なえる 2 日常生活に少し不便を感じる。 3 集団の日常生活には不適當である。			
上記のとおり診断しました。 年 月 日 <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> 住 所 病院名 医師氏名 </div> <div style="text-align: right;">  </div> </div>				