

# 社会福祉法人うしおだ

## ハイムさつき

### 入居者一次募集 10名

#### ★ ホーム概要

- ・ トイレ・お風呂・ミニキッチン付のワンルームと共有スペースのあるアパートタイプのグループホームです。
- ・ 入居定員 10名
- ・ 住所 横浜市鶴見区生麦 5-17-1
- ・ 交通手段 京浜急行花月園駅より徒歩5分

#### ★ 入居対象者

- ・ 一定程度の自活能力があり、共同生活を送れる方
- ・ 精神科に通院中で、服薬管理・金銭管理が概ね自分で出来る方
- ・ 作業所やデイケアなどに通所中、または就労している方
- ・ 障害支援区分の認定を受けている方、または申請中の方

#### ★ 利用料金について

- |          |          |             |         |
|----------|----------|-------------|---------|
| ・ 家賃     | 53,700円  | ・ 食事は夕食提供のみ | 1食 500円 |
| ・ 管理費    | 4,500円   | ・ ガス・水道・光熱費 | 実費      |
| ・ 修繕預かり金 | 107,400円 |             |         |

\*修繕預かり金は、汚れがひどい場合などの補修費用に充当し、退居時に精算いたします。

#### ★ 申し込みに関して

- ・ お申し込みは「入居申込書」「関係機関意見書」「日中活動先等機関意見書」「医師の意見書」をセットにして下記までご郵送ください（用紙はご連絡いただければお送りします）

〒230-0012 横浜市鶴見区下末吉 1-11-20 ハイムさざんか 宛

- ・ 申し込み期限：2015年8月31日（月）
- ・ 入居選考に関しては、後日お知らせいたします。

#### ★ お問い合わせ

鶴見福祉保健センター 担当：障害者支援担当 ☎045-510-1848

ハイムさざんか 担当：河野 ☎045-717-8815（12：00～20：00）

社会福祉法人うしおだ  
ハイムさつき 入居申込書

記入日 年 月 日

ふりがな			男・女	生年月日	年 月 日 ( 歳)
氏名					
住所	〒  電話				
緊急連絡先	ふりがな 氏名 続柄( )  住所 電話				
治療状況	精神科医療機関		主治医		
	受診状況	通院( / 週)・入院中		診断名	
	他科医療機関	( 科) ( 科)		診断名 診断名	
日中活動先	名称 活動曜日 月 火 水 木 金 土 不定期				
保険区分	国民健康保険	社会保険	生活保護	障害者手帳	有( 級) 無 申請中
障害支援区分	区分 1 2 3 4 5 6 申請中( 月 日申請)				
経済状況	給与 障害年金(基礎・厚生 級) 生活保護 仕送り その他( )				
入居希望理由					
入居後の目標					
グループホームへの要望					
得意な事			苦手な事		
その他(自由記入欄)					

社会福祉法人うしおだ  
ハイムさつき 日中活動先等機関意見書

記入日 年 月 日

氏名	
現在までの様子(活動状況、ご本人の特徴等ご記入ください)	
留意事項(不調時の対応、配慮する要点等をご記入ください)	
支援方針	
申し込みについての意見	
グループホームへの要望等	

記入者	氏名		職種	
	所属機関		電話	

社会福祉法人うしおだ  
 ハイムさつき 関係機関意見書

記入日 年 月 日

氏名					記入者	所属 氏名
家族	氏名	続柄	年齢	住所	電話	
関係機関担当者	( )福祉保健センターMSW担当 ( )電話		( )福祉保健センター生活保護担当 ( )電話		( )担当( )電話	
家族状況				家族構成図		
生育歴				治療歴		
申し込みについての意見						
グループホームへの要望						
その他(留意事項)						

社会福祉法人うしおだ  
ハイムさつき 医師の意見書

グループホームの利用を希望する者	住 所						
	氏 名		性 別	男 女	生年 月 日	年	月
病 名		① 主たる精神障害 ② 従たる精神障害 ③ 身体合併症					
病 歴	入 院	過去 回程度 通算 年位 前回入院期間 年 月～ 年 月 病院名					
	通 院	1ヶ月当たり 日位通院(直近についての記載)					
最近の病状又は状態							
グループホーム利用時の留意事項	必要通院日数						
	共同生活について	① 可能 ② 条 件 が 整 え ば 可 能 ( )					
	生活指導の必要性について	① なし ② ほとんど不要 ③ 時 々 必 要 ( )					
(処方内容等その他参考となる意見)							
年 月 日							
医療機関所在地 _____ 名称 _____							

電話 \_\_\_\_\_

医師氏名 \_\_\_\_\_