

認知症高齢者グループホーム

ホームページからもアクセス可能！

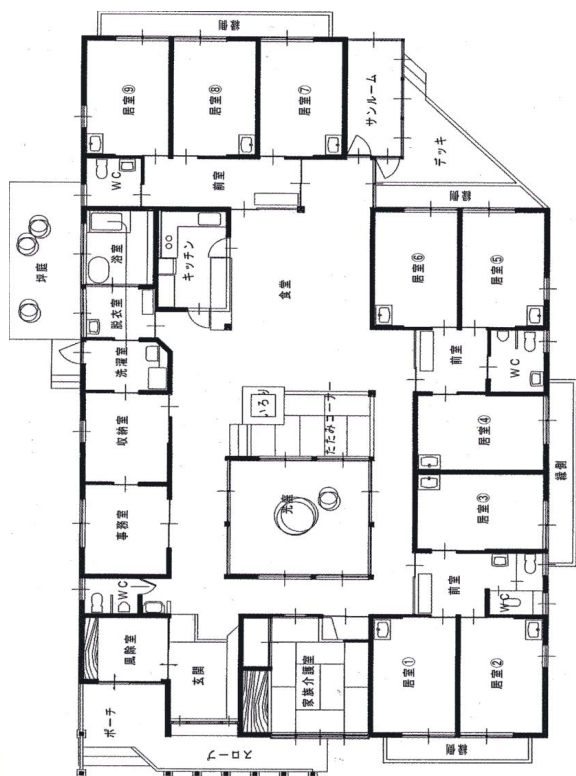
NPO 法人北アルプスの [検索](#)

# 北アルプスの家

家庭的で“温もり”と“優しさ”あふれる生活環境を整え、サポートスタッフとともに、明るく、楽しく、安全で健康的な毎日とやすらぎのある生活を入居者の皆さんと創りあげていくのが場所—。それが「グループホーム北アルプスの家」です。

少人数の共同生活により、食事、談話、入浴といった日常生活を通じて、生活機能の回復・改善のお手伝いをいたします。

## フロア案内図



### 【ご案内】

#### ◎建物

木造平屋建て 全室個室

#### ◎定員

9名（男女問わず）

#### ◎入居資格

要介護1～5の認知症状のある方で、共同生活を営める方。

#### ◎利用料金

1ヶ月合計 約8,200円＋介護保険の自己負担分（25,000円前後）

計：約107,000円（1ヶ月が30日の場合）

#### 〈内訳〉

居室料金：35,000円 水道光熱費：17,000円

食費：1,000円／日

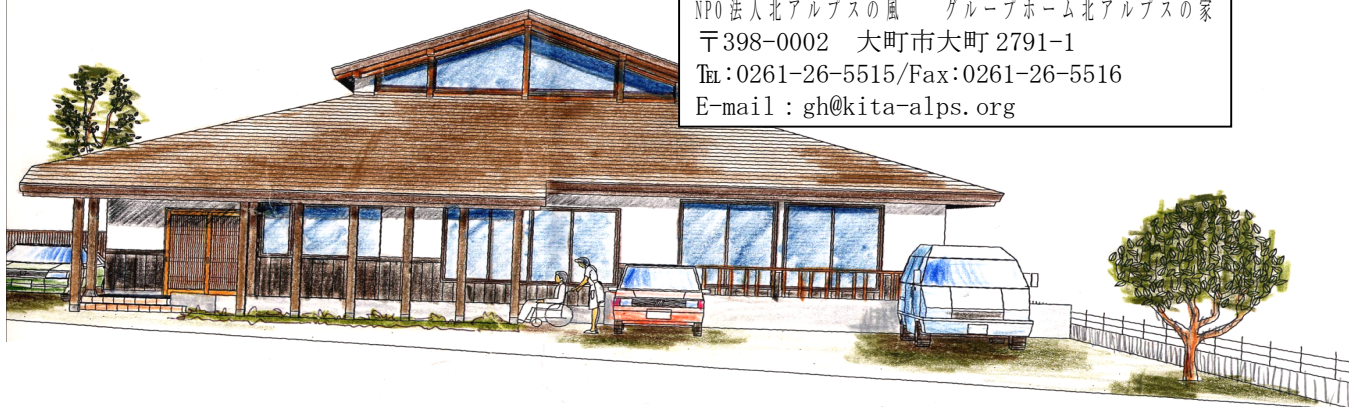
（朝：200円・昼：300円・夜：400円・おやつ：100円）

※ 冬期加算：プラス3,000円（11月～3月）

※ 入居時預かり金：1ヶ月分（お小遣い等）

### お問い合わせ先

NPO法人北アルプスの風 グループホーム北アルプスの家  
〒398-0002 大町市大町 2791-1  
Tel: 0261-26-5515/Fax: 0261-26-5516  
E-mail: gh@kita-alps.org



# グループホーム 北アルプスの家申請書

申請者 住 所

氏 名

印

対象者	氏名				電話番号	(      )      -		
	住所	〒      -						
	性別	男 ・ 女	生年月日	明・大・昭	年	月	日生 (      歳)	
申込理由								
希望期間	できるだけ早く ・ 居室が空いたら ・ 未定 おおよそ      年      月      日      ~ (希望入居日)							
要介護度 ○をつけてください。	未認定・要支援1・要支援2・要介護1・要介護2・要介護3・要介護4・要介護5							
身体状況	[歩行]	自立	一部介助	全介助	認知症状 当てはまるものに○をしてください。 ・物忘れ(時間・場所) ・徘徊 ・失禁 ・異食 ・その他(具体的に記入してください。)			
	[食事]	自立	一部介助	全介助				
	[排泄]	自立	一部介助	全介助				
	[入浴]	自立	一部介助	全介助				
	[着脱]	自立	一部介助	全介助				
年金関係	種別	ア.国民 イ.厚生 ウ.船員 エ.共済 オ.その他 (      )			年金受給額	年額	円	
介護者 及び 連絡先	氏 名	年齢	続柄	住 所			電話番号	
							-	
							-	
身元引受人	氏名	印 続柄 _____			電話番号			
	住所							

申込日      年      月      日