

安全・安心・安らぎのある暮らし。
陽だまりのような温もりをあなたの心に届けます。



特別養護老人ホーム

大富陽光 (株)

社会福祉法人
珀寿会

ご利用サービス

特別養護老人ホーム

快適な日常を過ごすために、ユニット専属のスタッフがお世話を致します。食事や入浴など介護が必要な場面にもきめ細やかなサービスを提供致します。また、日常生活に必要な機能訓練も行ないます。
※市町村の介護認定において「要介護3～5」と認定された方が対象となります。

ショートステイ(短期入所)

一泊からの短期入所も可能です。利用されている間は、スタッフによる食事・入浴など日常生活を提供致します。居室は全室が個室なのでプライバシーも守られます。ご希望により施設と自宅間の送迎も行ないます。

デイサービス(通所介護)

ご自宅から施設まで、施設からご自宅までスタッフが送迎致します。施設内では、食事、入浴などの介護や機能訓練を受ける事ができます。談話や静養に適したスペースもございます。ごゆっくりお過ごし下さい。

【ご利用できる方】

- ① 65歳以上の第一号被保険者で市町村から介護が必要であると「認定」を受けた方。
- ② 40～64歳の第二号被保険者で老化が原因とされる病気で介護が必要になり「認定」を受けた方。

個人情報の保護について

事業所は利用者の個人情報を含む各種介護計画、各種記録等については、関係法令及びガイドライン等に基づき、個人情報の保護に努めるものとします。

施設概要

法人名 社会福祉法人 珀寿会
理事長 吉川瑞馬
所在地 〒425-0046
静岡県焼津市三右衛門新田675-1
事業所名 大富陽光園
連絡先 054-623-6066
FAX 054-623-6006
設置形態 鉄骨造3階建
開設 平成31年1月
特別養護老人ホーム【90名】
ショートステイ【10名】 デイサービス【30名】



居室



特別浴室



一般浴室



デイサービス



メイン壁面



共同生活室



パブリックスペース



相談室

関連施設のご案内

下記施設のお問い合わせは【大富陽光園】までお問い合わせください。

特別養護老人ホーム 陽光園	沼津市岡宮字下松沢1417-1
特別養護老人ホーム 外神陽光園	富士宮市外神1638-1
特別養護老人ホーム 羽鳥の森	静岡市葵区羽鳥七丁目6-38
特別養護老人ホーム 伊豆の鐘	伊東市吉田821-19
特別養護老人ホーム 秦野陽光園	秦野市曾屋1177-1
特別養護老人ホーム 高部陽光園	静岡市清水区押切997-1

特別養護老人ホーム ケアハウス	沼津南陽光園	沼津市下香貫浜田2985-1
介護老人保健施設	葵の里	静岡市駿河区小坂376-1
介護老人保健施設	ヒルズかどいけ	沼津市岡一色672-2
介護老人保健施設	かどいけプラス	
介護老人保健施設 サービス付高齢者向け住宅	かぐや富士	富士市中里2546-7
介護老人保健施設	鹿島の郷	浜松市天竜区二俣町南鹿島36-1-2

介護老人保健施設	旭ヶ丘	富士宮市山宮1027-2
介護老人保健施設	おやまの杜	駿東郡小山町菅沼1839-3
介護老人保健施設	ケアタウン菜の花	熱海市伊豆山七尾原1173-172
デイサービスセンター	キャメル	富士宮市外神東町34
介護老人保健施設	サテライト葵	静岡市清水区押切997-5
介護老人保健施設	シーサイド浜当目	焼津市浜当目4丁目12番1号



特別養護老人ホーム

大富陽光 (株)

〒425-0046 静岡県焼津市三右衛門新田675-1【FAX】054-623-6006

TEL. (054) 623-6066

特別養護老人ホーム大富陽光園 利用料金表

(月額：30日で計算)

1. 介護サービス

	単位数	月額目安				
		1割負担	1割負担	2割負担	3割負担	
介護サービス費	要介護1	670	680円	20,382円	40,763円	61,145円
	要介護2	740	751円	22,511円	45,022円	67,533円
	要介護3	815	827円	24,793円	49,585円	74,377円
	要介護4	886	899円	26,953円	53,905円	80,857円
	要介護5	955	969円	29,052円	58,103円	87,154円
加算費用	初期加算	30	31円	913円	1,826円	2,738円
	看護体制加算Ⅰ口	4	4円	122円	244円	365円
	夜勤職員配置加算Ⅱ口	18	19円	548円	1,095円	1,643円
	個別機能訓練加算Ⅰ	12	13円	365円	730円	1,095円
	個別機能訓練加算Ⅱ 1月あたり	20	21円	21円	41円	61円
	科学的介護推進体制加算Ⅱ 1月あたり	50	51円	51円	102円	153円
	安全対策体制加算 入居時1回	20	21円	21円	41円	61円
	介護職員等処遇改善加算Ⅱ	利用総単位数 × 13.6%				
その他の加算	その他の加算（※対象の入居者様は1日につき下記の単位を算定します。）					
	若年性認知症利用者受入加算 120 単位	経口移行加算 28 単位				
	入院・外泊時費用 246 単位 月に6日を限度	療養食加算 6 単位 1食につき				
	再入所時栄養運搬加算 200 単位 1人1回	看取り介護加算Ⅰ(1) 72 単位 死亡日以前31~45日				
	退所前訪問相談援助加算 460 単位	看取り介護加算Ⅰ(2) 144 単位 死亡日以前4~30日				
	退所後訪問相談援助加算 460 単位	看取り介護加算Ⅰ(3) 680 単位 死亡前日・前々日				
	退所時相談援助加算 400 単位	看取り介護加算Ⅰ(4) 1,280 単位 死亡日				
	退所前運搬加算 500 単位					

介護保険サービス自己負担費用の計算方法・・・

①利用月の合計単位数に標準市（7級地）の地域単価10,14円を乗じて介護サービス費の総額を算出します（端数切捨）。

②そのうちの保険給付額を算出します（保険給付率90%、80%又は70%、端数切捨）。

③介護サービス費（①）から保険給付額（②）を差し引きしたものがご利用者の自己負担分となります。

2. 食費

	日額	月額目安(30日)
通常のご利用料金（負担限度額認定証をお持ちでない方）	1,750円	52,500円
自治体より負担限度額認定証を交付されている方	負担限度第3段階②	40,800円
	負担限度第3段階①	19,500円
	負担限度第2段階	11,700円
	負担限度第1段階	9,000円

3. 居住費

	日額	月額目安(30日)
通常のご利用料金（負担限度額認定証をお持ちでない方）	2,066円	61,980円
自治体より負担限度額認定証を交付されている方	負担限度第3段階①・②	41,100円
	負担限度第2段階	26,400円
	負担限度第1段階	26,400円

4. その他の利用料金

	料金
預り金等保管料	月額 1,000円
保険給付の対象サービス及び日常生活費等に係るサービスの提供とは関係なく、入居者の嗜好又は個別の生活上の必要に応じて提供する便宜に係る費用	実費
日用品費	日額 100円
教養娯楽費	日額 100円

施設ご利用にあたっては、上記の利用料金にご同意頂く必要がございます。

ご入居者様名： _____

身元引受人様名： _____

月額(30日)概算利用料金（上記1(処遇改善等加算、その他の加算を除く)～4の合計)

【1割負担の場合】	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
負担限度額第1段階	63,823円	65,952円	68,234円	70,394円	72,493円
負担限度額第2段階	66,523円	68,652円	70,934円	73,094円	75,193円
負担限度額第3段階①	89,023円	91,152円	93,434円	95,594円	97,693円
負担限度額第3段階②	110,323円	112,452円	114,734円	116,894円	118,993円
上記以外の方	142,903円	145,032円	147,314円	149,474円	151,573円
【2割負担の場合】	165,322円	169,581円	174,144円	178,464円	182,662円
【3割負担の場合】	187,741円	194,129円	200,973円	207,453円	213,750円

特別養護老人ホーム大富陽光園 入居申込書

令和 年 月 日

施設長 様

※施設記入欄

初回申込日	令和 年 月 日
-------	----------

1 入居申込者の状況

(フリガナ) 氏 名	性 別		生 年 月 日			
	男・女		明・大・昭 年 月 日 (歳)			
住 所	〒 ()					TEL
介護保険	保険者名	市(区) 町・村	被保険者番号			
要介護度	申請中	要介護度1	要介護度2	要介護度3	要介護度4	要介護度5
認 定 有効期間	平成・令和 年 月 日		～	平成・令和 年 月 日		
負担割合	1割	2割	3割	負担限度額	第1段階	第2段階 第3段階 第4段階
入居を希望する時期	1. すぐにでも入居したい		2. 6か月以内には入居したい			
	3. 将来的には入居をしたい					
認知症の症状	有 ・ 無		認知症日常生活自立度	自立	I IIa IIb IIIa IIIb IV M	
認知症の具体的症状						
現在の状況	1. 自宅で生活					
	2. 介護保険施設等(住宅型有料老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅、病院等を含む)に入所 退所予定の有無 有 ・ 無 (有の場合は、退所予定時期)					

●家族、身元引受人等の連絡先 ※介護者欄には、主たる介護者に◎、介護協力者には○を記載してください。

(フリガナ) 氏 名	続 柄		介護者
住 所	〒 ()		
	TEL		

●その他家族の連絡先

(フリガナ) 氏 名	続 柄		介護者
住 所	〒 ()		
	TEL		

(フリガナ) 氏 名	続 柄		介護者
住 所	〒 ()		
	TEL		

(裏面も記入してください。)

(裏面)

2 介護者等の状況（現在、自宅で生活の場合及び施設に入所しているが退所が予定されている場合に記載）

主たる介護者等の状況で、該当する項目1つに○をつけて、必要事項を記入してください	1. ひとり暮らしで、介護者がいない
	2. 介護者が要介護状態、病気療養中又は障害を有することにより、介護が困難 （要介護状態区分：（ ）病気療養中：（病名等）障害の等級等（ ） 介護が困難な状況：
	3. 介護者が要支援状態又は高齢者であることにより、介護が困難 （要支援状態区分：（ 1・2・事業対象者 ）年齢：（ 歳） 介護が困難な状況：
	4. ひとり暮らしで、介護者がいるが、日常的に介護を受けることが困難 〔介護が困難な状況：
	5. 複数人を介護しているため、介護が困難 〔申込者以外の介護の状況：
	6. 介護者が就労をしているため、介護が困難 〔就労の状況（週 回）（1日当たり 時間）（夜勤：有・無）
	7. 介護者が育児をしているため、介護が困難 〔育児の状況（育児の対象 歳児）（育児の頻度：常時 半日程度 臨時的）
	8. 上記以外の状態で介護が困難 〔介護が困難な状況：

3 施設入所の状況（該当する施設に入所している場合に記載）

該当する項目1つに○をつけてください	1. 養護老人ホーム、軽費老人ホーム、住宅型有料老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅、法令で定めるその他の福祉施設（介護付きの施設は2へ） （施設名）
	2. 特別養護老人ホーム、介護老人保健施設、介護療養型医療施設、グループホーム、1のうち介護付きの施設、病院 （施設名）

4 その他事項（家族の状況、経済的な事情等、特に介護において困っていることがあれば記載してください。）

--

担当ケアマネジャー	氏名		事業所名
主治医	氏名		病医院名

※入居申込後に本人及び介護者の状況に変化が生じた場合は、必ずご連絡ください。
 ※要介護1、2の方は別紙も記入してください。