

2017年2月1日開設

住宅型有料老人ホーム

# ひだまりライフ大東

入居時費用

0円

全25室  
(全室個室)

～社会福祉法人 大東福祉会が運営しています～



お車で5分～10分 (大垣市役所・大垣市民病院・大垣警察署・大垣郵便局・西濃総合庁舎・市民会館・ショッピングセンター・ファーマーズマーケット・スーパー)  
ひだまりライフ大東はとても便利な場所にあります。

特別養護老人ホームゴールドライフ大東  
大東 ショートステイホーム

がすぐ隣。本当の **安心感** があります。

## 1F 大東テイサービスセンター



## 2F ひだまりライフ大東



### ご入居条件

1. 満 60 歳以上の方
2. 自立～要介護状態の方で 他のお客様との生活に支障のない方
3. ひだまりライフ大東の ルールやマナーを守っていただける方

ご利用料金		居室料	管理費	食費	生活サポート費	合計
共同 トイレ	西まち北側	43,500	21,000	52,500	24,000	141,000
	西まち南側	46,500				144,000
各部屋 トイレ	東まち北側	49,500				147,000
	東まち南側	52,500				150,000

※介護保険制度によるサービスの提供を受ける場合、介護保険利用者負担金が別に必要です。  
※夫婦・親子・兄弟等、複数人で複数居室入居の場合、割引が適用されます。

社会福祉法人 **大東福祉会**  
 DAITO HPアドレス <http://www.294.or.jp>  
 ※電子タバコを含む全てのタバコ類に対し「敷地内禁煙」です。

お問い合わせは 〒503-0835 岐阜県大垣市東前1-78  
**0584-84-2800・2801**  
 FAX0584-84-2802 hidamari@ccom.or.jp

住宅型有料老人ホーム ひだまりライフ大東 入居申込書

No. \_\_\_\_\_

申込日	平成 年 月 日 ( )			受付者		
入居希望者	フリガナ				性別	
	氏名					<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性
	生年月日	明治・大正・昭和	年	月	日	年齢
	現住所	〒 ( - )				歳
入居希望の時期・居室	<input type="checkbox"/> どの居室でも空き次第入居 <input type="checkbox"/> トイレ付 ( <input type="checkbox"/> 南側 <input type="checkbox"/> 北側 <input type="checkbox"/> どちらでも ) が空き次第入居 <input type="checkbox"/> トイレ無 ( <input type="checkbox"/> 南側 <input type="checkbox"/> 北側 <input type="checkbox"/> どちらでも ) が空き次第入居 <input type="checkbox"/> とりあえず申し込み					
入居希望者状況	<input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 夫婦世帯 <input type="checkbox"/> 親族同居 (続柄: ) <input type="checkbox"/> 病院や施設等 (病院又は施設名 )					
介護認定状況	<input type="checkbox"/> 介護認定を受けている→要支援(1・2) 要介護(1・2・3・4・5) <input type="checkbox"/> 介護認定を受けてない <input type="checkbox"/> 現在申請中 (担当マネージャー)					
居宅介護支援事業所						
認知症の状況	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (症状: 自立度: )					
医療の状況	<既往歴・現在治療中の病気等> 服薬: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( )					
かかりつけ病院	(担当医)					
その他特記事項	移動: <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> 寝たきり 食事: <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助(義歯/ 器具/ 種類/ ) 排泄: <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助( ) 視力: <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 見えにくい、全盲 聴力: <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 難聴 その他 ( )					
入居希望者の世帯員の状況	氏名	続柄	年齢	職業及び連絡先		
	(世帯主)					
申込者及び連絡先	フリガナ				続柄	
	氏名					
	現住所	〒 ( - )				
	電話					
備考						