

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



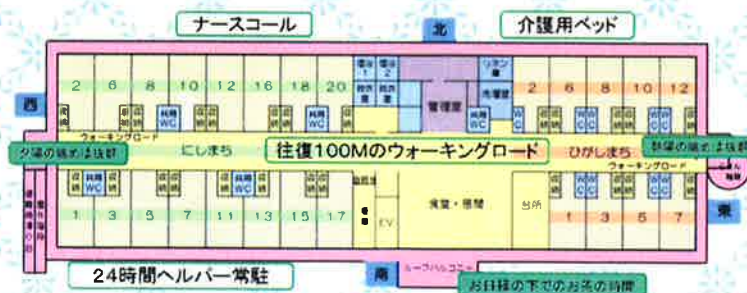
がすぐ隣。本当の安心感があります。

1F 大東テイサービスセンター



1F 大東テイサービスセンター

2F ひだまりライフ大東



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。

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
FAX 0584-84-2802 ✉ 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	年 月 日 ()			受付者			
入居希望者	フリガナ				性別	<input type="checkbox"/> 男性	
	氏名					<input type="checkbox"/> 女性	
	生年月日	明治・大正・昭和	年	月	日	年齢	歳
	現住所	〒 (-)					
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 (担当ケアマネジャー)						
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							