

新規入居
受付中！

あなたのこれからの暮らしを
快適な住まいで自分らしく

住宅型有料老人ホーム 第三長寿園

2025 年 4 月 1 日 入居開始

「住宅型有料老人ホーム」とは、基本的な身の回りのことはご自身でしていただき、食事等の生活支援や緊急時の対応、レクリエーション活動などのサービスを受けながら生活していただく高齢者向け居住施設です。介護が必要になれば、必要に応じて介護サービスをご利用されながら、当ホームで生活していただけます。

基本サービス



必要に応じた介護サービス

デイ
サービス

訪問
看護

訪問
介護

介護サービスを利用する場合は
ご自宅にいる時と同様に、外部サービスのご契約が必要です。

特別養護老人ホームの施設内だから
安心してお任せください。

場所：第三長寿園2階フロア内10室

居室：一般居室型個室（トイレ、洗面付）

対象：60歳以上の方で暮らしに不安のある方

<月々かかる費用>

基本料金
月額 139,000 円 +
(月途中入退所の場合日割計算)

その他介護等に
かかる費用実費
※介護が必要な方

※基本料金内訳：管理費 20,000 円／食費 45,000 円（1日3食、30日の場合。おやつ代込）／水道光熱費 25,500 円／家賃相当額 48,000 円／事務手数料 500 円

※ご使用になる日用品（トイレトーパー、ティッシュ、シャンプー、ボディーソープ、ひげ剃り等）は各自でご準備いただきます

お問い合わせ

社会福祉法人長寿会 第三長寿園
珠洲市宝立町鶴飼子字 36 番地 4

TEL 0768-84-2232

EMAIL choju-03@p1.cnh.ne.jp

Web サイト



受付番号

住宅型有料老人ホーム第三長寿園施設入居申込書

申込日	令和	年	月	日	申込者（連絡先）	〒	:	—
受付日	令和	年	月	日		住所:		
						氏名:		
						電話:	(	)

申込先 (入居希望施設)		住宅型有料老人ホーム第三長寿園		被保険者番号	
入居希望者の状況	(フリガナ)		性 別	要介護度	
	氏 名		男 ・ 女	要介護認定 有効期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで
	生年月日	明・大・昭	年 月 日 () 歳	担当ケアマネ	
	現住所	〒 — TEL ()			
	現 況	□自宅・仮設で独り暮らし □自宅・仮設で家族と暮らしている <u>同居者</u> □市外へ避難している <u>避難先</u> □施設や病院に入っている ◇施設名又は病院名: ◇所在地（市町村名） ◇入居又は入院期間: 令和 年 月 日から入居・入院している □介護サービス利用の有無 無 有 (利用サービス:)			
	介護者の状況	□介護する者がいない。 □介護する者が「高齢」、「障害」、「疾病」、「複数の人を介護」等により十分な介護が困難。 □介護者が就労していることから、十分な介護が困難。 □介護者の身体的・精神的負担が大きく十分な介護が困難。 □家族が遠方で生活しているため日常的な見守り支援が困難 □その他			
	医療の状況	□在宅酸素 □血糖値測定 □インシュリン注射 □透析 □その他 () 【既往歴】 ・ ・ ・ ・ ・ 【かかりつけ医】 医療機関名 医師氏名 医療機関所在地 TEL () 【その他受診機関】 医療機関名 医師氏名			
	障害の状況	□視覚障害 □聴覚障害 □言語機能障害 □知的障害 □精神障害 ※該当する場合は、障害者手帳（写）等を提出してください。			
入居希望期間	□次の生活の拠点が決まるまで (おおよその目途: 年 月頃) ◇状況 () ◇既に申し込んでいる他の施設があれば () () () □当該施設の入居条件に該当しなくなるまで □その他 ()				
主たる介護者	(フリガナ)		性 別	本人との 関係	
	氏 名		男 ・ 女		生年月日
	同居の区分	□同居している □別居している（住所: 〒 — TEL — ）			
	意 見	【介護しているうえで困っていること等】			

*介護認定を受けている場合は、介護保険被保険者証（写）を提出してください。