

2021年4月新規開設

特別養護老人ホーム

タムスさくらの杜
新井宿

定員 180名
従来型 114床
ユニット型 66床

空床型ショートステイのご相談受付中!



ショートステイ利用料金の目安(1日)

従来型	第1段階	第2段階	第3段階		第4段階		
			①	②	1割負担	2割負担	3割負担
介護1	1,268円	1,938円	2,338円	2,638円	3,523円	4,241円	4,959円
介護2	1,348円	2,018円	2,418円	2,718円	3,603円	4,400円	5,198円
介護3	1,431円	2,101円	2,501円	2,801円	3,686円	4,566円	5,446円
介護4	1,509円	2,179円	2,579円	2,879円	3,764円	4,723円	5,681円
介護5	1,586円	2,256円	2,656円	2,956円	3,841円	4,877円	5,913円

ユニット型	第1段階	第2段階	第3段階		第4段階		
			①	②	1割負担	2割負担	3割負担
介護1	2,209円	2,509円	3,399円	3,699円	4,889円	5,728円	6,567円
介護2	2,287円	2,587円	3,477円	3,777円	4,967円	5,883円	6,799円
介護3	2,371円	2,671円	3,561円	3,861円	5,051円	6,052円	7,053円
介護4	2,451円	2,751円	3,641円	3,941円	5,131円	6,211円	7,292円
介護5	2,529円	2,829円	3,719円	4,019円	5,209円	6,368円	7,527円

※利用料金については、介護保険施設サービス費各種加算、食費居住費、その他の費用(日用品費、電気代)が含まれた金額です。

ショートステイ申込必要書類

- ① 申込書 ※施設ホームページよりダウンロードできます
- ② 保険証類(介護保険・医療保険・負担割合証・限度額証など)
- ③ 居宅サービス計画書

事前のFAXもしくは実態調査時にご用意ください



- 施設名 社会福祉法人桐和会
特別養護老人ホーム タムスさくらの杜新井宿
- 住所 〒333-0826
埼玉県川口市新井宿250-1
- 最寄駅 埼玉高速鉄道「新井宿」駅より徒歩13分
- 床数 180床(従来型114床、ユニット型66床)
- TEL 048-452-8722(担当:森・田邊)
- FAX 048-229-8444
- HP <https://araijuku.sakuranomori.tums.jp/>

ショートステイ空室情報をホームページで公開中!

タムスさくらの杜新井宿 ショートステイ利用申込書

申込日 令和 年 月 日

FAX 送付先 048-229-8444

ご利用者様情報								
氏名	ふりがな			生年月日				
	(男・女)			明治 大正 昭和	年 月 日 (歳)			
住所	〒 -							
要介護区分	要介護 (1 2 3 4 5 更新中)			介護保険 負担割合	1割 2割 3割			
介護保険 負担限度	1段階 (生保) 2段階		3-1段階	3-2段階	非該当 申請中			
基礎疾患				服薬の有無	あり なし			
医療行為	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (胃ろう インスリン 尿カテーテル ストマ 在宅酸素 痰吸引 褥瘡処置)							
食品・薬アレルギー	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()							
A D L	食事	自立 一部介助 全介助			排せつ	自立 一部介助 全介助		
		主食	常食 軟飯 お粥 パースト粥			トイレ リハパン おむつ		
		副食	常菜	一口大	粗刻み 刻み 刻みとろみ	歩行	車いす (自走・介助) 杖 歩行器 独歩	
緊急連絡先 ①	氏名	ふりがな			電話番号			
		(続柄)			自宅:	()		
	住所	〒 -						
緊急連絡先 ②	氏名	ふりがな			電話番号			
		(続柄)			自宅:	()		
	住所	〒 -						

ケアマネジャー様情報			
事業所名	事業所番号 ()	担当者名	
事業所住所	〒 -		
		電話:	()
		FAX:	()

利用希望情報			
利用希望期間	月 日 () ~ 月 日 ()	送迎	希望する ・ 希望しない
ご利用の理由	<input type="checkbox"/> レスパイト <input type="checkbox"/> 入居待機 <input type="checkbox"/> その他 ()		
実態調査希望日時	※ご利用者様の状態の確認、契約、担当者会議を同日で行わせていただきます ご希望の日程があればご記載ください (ご家族様、ケアマネジャー様のお立ち合いが必要です)		
	月 日 ()	時	