

ケアハウス 庄の里 入居申込書

申請者	(フリガナ)		続柄	
	氏名:			
	〒	—	住所:	
	電話番号	() —		
	携帯電話	() —		

申込日	令和	年	月	日
-----	----	---	---	---

◇施設記入欄◇

受付日	令和	年	月	日
受付番号				
受付者				

※今後、郵便物等は上記住所(申請者宛)に送付させていただきます。

(フリガナ)		性別	男・女	血液型	A・B・AB・O
入居希望者氏名					
本籍地	都・道・府・県	生年月日	明・大・昭	年	月 日 (歳)
現住所または現居所	〒 — 《 独居・家族同居()・その他() 》				
	電話 () —				
住宅状況	<input type="checkbox"/> 一戸建て(本人所有・家族所有) <input type="checkbox"/> アパート <input type="checkbox"/> 借家 <input type="checkbox"/> その他()				
入居者希望者の収入状況	年金恩給	() 恩給・年金	年額合計	円	
		() 恩給・年金	年額合計	円	
	その他収入	給料・不動産・その他()	年額合計	円	
身元保証人 (氏名にはフリガナを付して下さい。)	氏名	第一身元保証人		第二身元保証人(左とは別世帯者)	
		(続柄)		(続柄)	
	住所	〒 —		〒 —	
	連絡先	() —	() —		
家族構成 (氏名にはフリガナを付して下さい。)	氏名	続柄	年齢	住所	
				同居・別居	
				同居・別居	
				同居・別居	
介護	介護度	未申請・自立(非該当)・要支援1・要支援2・要介護1・要介護2・要介護3・要介護4・要介護5			
	担当 ケアマネジャー	氏名:	電話番号	() —	
		事業所名:			
障害者手帳	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	手帳の種類			
	障害名			判定	級 / 部位

健康 状態	健全・病弱・通院加療中(病名: _____)				
	慢性疾患(病名: _____)				
	最近5年間にかけた病気があれば記入してください				
医療	保険種別	国保・社保・共済・後期高齢・その他(_____)			
	主治医	_____	電話番号	(_____) - _____	
視力	<input type="checkbox"/> 見える <input type="checkbox"/> 多少見えにくい <input type="checkbox"/> ほとんど見えない (<input type="checkbox"/> 眼鏡使用)				
聴力	<input type="checkbox"/> 聞こえる <input type="checkbox"/> 多少聞こえにくい <input type="checkbox"/> ほとんど聞こえない (<input type="checkbox"/> 補聴器使用(右・左))				
排泄	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 不安 <input type="checkbox"/> できない (<input type="checkbox"/> 紙パンツ <input type="checkbox"/> 紙パッド <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ)				
移動	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 不安 <input type="checkbox"/> できない (<input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> シルバーカー <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車椅子)				
食事	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 不安 <input type="checkbox"/> できない (アレルギー: _____)				
歯牙	<input type="checkbox"/> 自歯 <input type="checkbox"/> 一部義歯 <input type="checkbox"/> 義歯	金銭管理	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 不安 <input type="checkbox"/> できない <input type="checkbox"/> 習慣なし		
更衣	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 不安 <input type="checkbox"/> できない	買い物	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 不安 <input type="checkbox"/> できない <input type="checkbox"/> 習慣なし		
入浴	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 不安 <input type="checkbox"/> できない	調理	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 不安 <input type="checkbox"/> できない <input type="checkbox"/> 習慣なし		
電話	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 不安 <input type="checkbox"/> できない	洗濯	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 不安 <input type="checkbox"/> できない <input type="checkbox"/> 習慣なし		
睡眠	<input type="checkbox"/> 眠れる <input type="checkbox"/> 時々薬を飲む <input type="checkbox"/> 薬を飲まないと眠れない(薬の種類: _____)				
生活上 の不安	_____				
身上 状況	趣味	_____	学歴	_____	
	職歴	なし・あり(_____)		結婚	未婚・既婚(死別・離別)
	喫煙	吸う(1日: 本)・吸わない		飲酒	飲む(1日: 本)・飲まない
	宗教	_____	嗜好	_____	
生活暦	_____				
入居 希望の 理由	_____				
支払者	<input type="checkbox"/> 全額本人負担 <input type="checkbox"/> 一部親族負担 <input type="checkbox"/> 全額親族負担 ※利用料等の支払が一部または全額親族負担の場合は、支払者の氏名・住所をご記入下さい。 氏名 _____ (続柄 _____) 住所 _____				
入居希望時期	<input type="checkbox"/> すぐにも入居したい <input type="checkbox"/> 令和 _____ 年 _____ 月ごろまでには入居したい <input type="checkbox"/> 未定				
希望居室等	<input type="checkbox"/> 一人部屋 <input type="checkbox"/> 夫婦部屋(一人部屋×2部屋)				
申込状況	<input type="checkbox"/> 当該施設にのみ <input type="checkbox"/> 他の施設にも申し込んでいる(施設名: _____)				
(特記事項)	_____				

注意事項・・・①入居希望者や家族、身元保証人等の状況など、入居申込書に記載した事項等に変更が生じた場合は、必ず連絡をして下さい。また、他の施設等に入居が決まった場合や、申込を辞退する際も同様です。
 ②身元保証人は原則、別世帯でお願い致します。
 ③入居希望時期は、入居希望者及び身元保証人の双方同意の上、ご記入下さい。