

ケアハウス暖の里 入居申込書

申込日 令和 年 月 日

ケアハウス暖の里に入居したいので、必要書類を添えて次のとおり申し込みます。

| | | | | |
|-----|----|----|-----|------|
| 施設長 | 主任 | 事務 | 栄養士 | 介護職員 |
| | | | | |

入居希望者 氏名 _____ (印)

入居希望者代理人 氏名 _____ (印)

入居希望者との関係 _____ 連絡先Tel _____

| | | | | |
|--------------|---------------------------|---------|--------|--------------------|
| 入居希望者 | 住所 | 〒 _____ | 連絡先 | Tel _____ 携帯 _____ |
| | 氏名 <small>かりがな</small> | | 生年月日 | 明 大 昭 年 月 日 男・女 |
| 身元保証人 | 住所 | 〒 _____ | 連絡先 | Tel _____ 携帯 _____ |
| | 氏名 <small>かりがな</small> | | (印) 続柄 | |
| | 勤務先名 | | 電話番号 | |
| 身元保証人 代理1 | 住所 | 〒 _____ | 連絡先 | Tel _____ 携帯 _____ |
| | 氏名 <small>かりがな</small> | | (印) 続柄 | |
| 身元保証人 代理2 | 住所 | 〒 _____ | 連絡先 | Tel _____ 携帯 _____ |
| | 氏名 <small>かりがな</small> | | (印) 続柄 | |

| | |
|--------------------------|---|
| 既往歴 | 通院・入院歴 |
| ※病名、診断日、医療機関名などを記入してください | ※通院・入院状況及び医療機関名・主治医などを記入してください |
| 家族構成 | 要介護度等 |
| | 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 ※認定の有効期間 平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日 ※現在利用中の福祉サービス及び介護保険サービス |

| |
|--------|
| 申込みの理由 |
| 入居後の希望 |

| 身体状況 | | | |
|------|---------------------------------|------|----------------------|
| 移動 | 自力で歩行・杖使用・歩行器使用 シルバーカー使用 () | 服薬管理 | 自分で管理 1人では難しい () |
| 入浴 | 自力で可能・見守りが必要 部分的に手伝いが必要 () | 買い物 | 自力で可能 付き添いが必要 () |
| 食事 | 自力で可能 見守りが必要 () | 視力 | 普通 見えにくい () |
| 排泄 | 自力で可能 手伝いが必要 () | 聴力 | 普通 聴こえにくい () |
| 衣類着脱 | 自力で可能 手伝いが必要 () | 認知症 | あり・なし わからない () |
| 金銭管理 | 自分で管理 1人では難しい () | | |

| 入居希望者の収入 (年額合計 円) | | | | 入居希望者の支出 (年額合計 円) | |
|----------------------|--|----|---|----------------------|---|
| 年金収入 | | | | 社会保険料医療費等 | 円 |
| 年金の種類 | | 年額 | 円 | 所得税・住民税等 | 円 |
| 年金の種類 | | 年額 | 円 | 利用料負担 (1又は2に○) | |
| その他収入 | | | | 1. 全額本人負担 | |
| 給与収入 | | 年額 | 円 | 2. 一部本人以外のものが負担 | |
| 配当金収入 | | 年額 | 円 | 氏名・続柄 | |
| | | | | 連絡先: TEL又は携帯 | |

| 利用料の負担 | |
|-----------|------------------------------|
| 1. 全額本人負担 | ※家族負担の場合 住所 (〒) 氏名・続柄 |
| 2. 全額家族負担 | |
| 3. 一部家族負担 | |