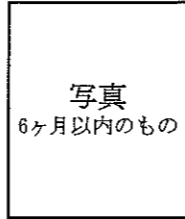


ケアハウス 和 (なごみ) 入居申込書



貴施設に入居したいので、次のとおり申し込みます。 年 月 日

入居希望者 氏名	フリガナ	性別	男 ・ 女		
		生年月日	明治・大正・昭和	年	月 日 (歳)
現住所	〒 - 電話番号 () -				
申込み理由					
身元保証人	フリガナ 氏名	性別	男 ・ 女	続柄	
		生年月日	大正・昭和・平成	年	月 日 (歳)
	住所 (〒 -) 電話番号 () - 携帯番号 () -				
	勤務先 所在地 電話番号 () -				
家族状況 (同居していない家族も含む)	氏名	生年月日	続柄	現住所	
		明・大・昭			
		明・大・昭			
		明・大・昭			
		明・大・昭			
		明・大・昭			
収入状況	年金収入	種 類	年額	円	
	その他収入	種 類	年額	円	
	借入金	借入先	期間	金額	円
利用料の負担	2または3の場合の親族(負担者)				
	1 全額本人負担	フリガナ 氏名	続柄		
	2 全額親族負担	住所 (〒 -)			
	3 一部親族負担	電話番号 () - 携帯番号 () -			
	負担額(月額) 円				

日常生活の状況	移 動	自力で可能 (独歩・杖・歩行器・車イス) ・やや不安・介助が必要				
	食 事	自力で可能 ・やや不安 ・介助が必要				
	入 浴	自力で可能 ・やや不安 ・介助が必要				
	排 泄	自力で可能 ・やや不安 ・介助が必要				
	着替え	自力で可能 ・やや不安 ・介助が必要				
健康状態	視 力	普通 ・ 不自由 ・ 全盲	言 語	普通 ・ やや不自由 ・ 不自由		
	聴 力	普通 ・ やや難聴 ・ 難聴	歯	自歯 ・ 部分入歯 ・ 総入歯		
	現在治療中の病名		病院名			
	病 歴					
身体障害	無・有 障害部位 () 手帳の無・有 (種 級)					
健康保険	社会保険 (有・無) 国民健康保険 (有・無) 後期高齢者医療制度 (有・無)					
介護保険の認定	有・無 有の場合: 介護度 () 担当介護支援専門員 (事業所名 氏名)					
その他	喫 煙	無 ・ 一日 本				
	飲 酒	無 ・ 一日 合				
	宗 教	(差し支えなければご記入ください)				

- (注) 1. 提出された書類の記載内容は、個人情報保護法に法り入居の審査にのみ使用いたします。
2. この申込書の審査で、適格者と認められた場合、改めて面接調査のうえ入居者を決定いたします。