

ケアハウスあすなろ 入居申込書

申込日 令和 年 月 日

ケアハウスあすなろ
 管理者 山本 志磨子 様

申込者 _____ (印)
 (入居希望者との続柄 _____)

貴施設に入居したいので、下記のとおり申し込みします。

ふりなが			性別	男・女	
入居希望者 氏名					
生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日 (歳)				
現住所	〒 (-) ☎ () -				
	《独居・家族同居》				
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				
入居希望者の 収入状況	年金・恩給	() 恩給・年金	年額	円	
		() 恩給・年金	年額	円	
		() 恩給・年金	年額	円	
	その他の収入	不動産・その他 ()	年額	円	
身元引受人 (予定者)	氏名	第一身元引受人		第二身元引受人	
		(続柄)		(続柄)	
	住所	〒 (-)		〒 (-)	
	連絡先	()		()	
介 護	要介護度	未申請 ・ 非該当 ・ 要支援 ・ 要介護			
	ご利用の在宅 サービス	デイサービス (事業所名 _____)			
		ホームヘルプサービス (事業所名 _____)			
		福祉用具レンタル (_____)			
		その他 (_____)			
		居宅介護支援事業所 (_____)			

健康状態	<input type="checkbox"/> 健康 <input type="checkbox"/> 通院治療中（病名 _____）			
	慢性疾患（病名 _____）			
	かかりつけ医：			
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			
排泄	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない（ <input type="checkbox"/> 紙パンツ <input type="checkbox"/> パット <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ）			
移動	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない（ <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 老人車 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車椅子）			
食事	<input type="checkbox"/> できる <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	買い物	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない	
入浴	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> できない	金銭管理	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない	
更衣	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない		調理	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない
掃除	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない <input type="checkbox"/> 習慣なし		洗濯	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない
物忘れ	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 少しある <input type="checkbox"/> なし		薬の管理	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない
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（ _____ ）			
趣味・特技				
飲酒	<input type="checkbox"/> 飲む（1日 _____ 本）	<input type="checkbox"/> 飲まない	喫煙	<input type="checkbox"/> 吸う（1日 _____ 本） <input type="checkbox"/> 吸わない
申し込み理由	1. 一人暮らしで生活が不安である。 2. 住居が狭い。 3. 家族関係。 4. 他人の世帯に同居しており気兼ねがある。 5. その他（ _____ ）			
職歴	1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____			

備考

- ① ご提出いただいた申込書をもとに、面接をさせていただきます。
- ② 面接後、入居判定会議を開催し入居の可否を決定いたします。
- ③ 入居時に提出して頂く書類（入居決定後にご提出下さい）
 - 1) 前年の収入が分かるもの。（確定申告書の写し、公的年金源泉徴収票、年金振込通知書）
前年の医療費、介護保険在宅サービスの領収書、住民税の領収書
 - 2) 診療情報提供書（施設様式）
 - 3) 身元引受書（身元引受人印鑑証明添付）
 - 4) 住民票

④ 提出された書類は入居手続き以外に使用することはありません。

記載された内容の秘密は厳守いたします。

⑤ 入居申込書に記載された内容は、入居申込み以外に使用することはありません。

※見学等も承っております。来所される際は、ご連絡のご協力を宜しくお願い致します。

※ご不明な点等ございましたらケアハウスあすなろまでご連絡ください。

電話番号 0857-27-2000 担当者 相談員