

ケアハウス 和（なごみ） 入居申込書

写真  
6ヶ月以内のもの

貴施設に入居したいので、次のとおり申し込みます。 平成 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	明治・大正・昭和	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				
		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)				

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。