

ケアハウス 剣崎 入居 申込 書

平成 年 月 日

ケアハウス 剣崎

施設長 中村 真佐子 殿

写 真
縦3cm横2.5cm
(スナップ写真でも可)
6か月以内でお願い。

「ケアハウス 剣崎」に入居したいので関係書類を添えて申し込みます。

申込者	ふりがな			明治・大正・昭和	男・女		
	氏 名	印		年 月 日	生(歳)		
	現住所	〒		Tel() -			
身体及び日常生活活動の状況	日常生活	日常生活動作	移 動	自分で可能・やや不安・不可能	精神の状況	性 格	
			食 事	自分で可能・やや不安・不可能		対人関係	拒否的・普通・協調的
			入 浴	自分で可能・やや不安・不可能		認知症	あり(軽度・中度) なし
			排 泄	自分で可能・やや不安・不可能		問題行動	ない・ある・時々ある
			着脱衣	自分で可能・やや不安・不可能		生活に支障が(買物、洗濯、金銭管理等) ない ・ ある()	
			生活に不安がない ・ ある()				
	該当するところを○で囲んでください。		趣 味		嗜好品	酒・タバコ	
			好きな食物		嫌いな食物		
	健康状況	通院治療中	病 名		義 歯	ない・ある	
			病院名				
最近5年間にかった病気							
申込理由	1 身寄りがない		(具体的に)				
	2 家族の事情で家族と同居できない						
	3 現在の住居が狭い						
	4 その他()						
現在の住居	1 自宅						
	2 アパート(私営 市営 県営 その他)			(家賃月額	円)		
	3 借家			(家賃月額	円)		
	4 その他()						
収入の状況	年金恩給等	種 類		年 額	(円)		
	給 与	勤務先		年 額	(円)		
	不動産収入	種 類		年 額	(円)		
	利子収入			年 額	(円)		
	その他収入			年 額	(円)		
	借 入 金	金額	円	借入先	期間		

利用料等経費支払	※番号のいずれかに○を、2・3の場合には記入をお願いします。 縁故者の場合 1 本人負担 2 一部縁故者 3 全部縁故者		住所		電話番号		
	氏名		続柄()		職業		
社会保険等	老人医療受給者	市町村番号		受給者番号			
	健康保険の種類	保険者		記号・番号			
		有効期限					
	介護保険	保険者		被保険者証有効期限		. . .	
		被保険者番号		認定有効期限		. . . から	
		要介護度				. . . まで	
居宅介護支援事業所名			担当ケアマネジャー名				
身体障害者手帳	有・無	障害名		等級	障害年金	有・無	
	交付年月日		M・T・S		交付県名	県	
家族の状況	氏名	年齢	続柄	住所	職業	同居別居	電話番号
						
						
						
						
緊急時連絡	氏名		続柄	現住所・勤務先		電話番号	
						
生活歴	(出生地)				利用者及び家族の希望		
	(婚姻)						
	(主な職歴)						
						
身元保証人	氏名	年齢	本人との続柄	住所	電話番号	職業	
						
						
<p>提出された書類の記載内容の秘密は固く守ります。</p> <p>介護保険をお持ちの方は、介護保険証の写の添付をお願いします。</p> <p>身元保証人が遠隔地の場合は近辺の方の身元保証人を追加して下さい。</p> <p>申込書、面接で審査のうえ、適格者には入居の決定通知をいたします。</p> <p>面接通知を受けたときは、身元保証人とご同行頂く場合もあります。</p> <p>詳しくはご相談ください。</p>							