

受付番号					
------	--	--	--	--	--

入 居 申 込 書

令和 年 月 日

社会福祉法人 宏平会
ケアハウス大山のふもと 施設長 様

ケアハウス大山のふもとの入居に際しまして関係書類を添付し申込みます。

写真
縦 3cm
×
横 2.4cm

ふりがな
氏名 印

居室の希望	一般・特定	入居希望日	年	月	日頃
生年月日	西暦・明治・大正・昭和 年 月 日 (歳) 女・男				
現住所	郵便番号 (—)				
	電話番号 () —				
日常生活	日常生活動作	移動	自立 ・ 見守り ・ 一部介助 ・ 全介助		
		食事	自立 ・ 見守り ・ 一部介助 ・ 全介助		
		入浴	自立 ・ 見守り ・ 一部介助 ・ 全介助		
		排泄	自立 ・ 見守り ・ 一部介助 ・ 全介助		
		衣類の着脱	自立 ・ 見守り ・ 一部介助 ・ 全介助		
介護保険	自立・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				
	保険者	市・町	認定の有効期間	年	月 日
医療保険	後期 ・ 国保 ・ 社保 ・ その他 ()			本人 ・ 家族	
身体障害	無・有	部位	手帳：無・有 (種 級)		
健康状態	健康 ・ 安定しているが定期的な受診が必要 ・ 体調に変化がある				
	主な病名				
主治医	病院名			医師名	
趣味・嗜好	趣味				
	嗜好品	酒・ビール (1 日 合・ml)		たばこ (1 日 本)	
	運転免許	有 ・ 無		車輛の保有	有 ・ 無
	その他				

家族状況	続柄	氏名	年齢	住所	職業	同居・別居
住宅状況	持ち家 ・ 借家 ・ アパート ・ その他（ ）					
	現在の住居での問題点					
収入状況	年金・恩給等	種類		年額	円	
	給与	勤務先		年額	円	
		勤務先		年額	円	
	不動産収入	種類		年額	円	
		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	年間返済額	円		
利用料等の 経費支払い	①全額本人負担 ②一部縁故者負担 ③全額縁故者負担 ④その他（ ）					
	②、③の場合、下記に本人以外の負担者をご記入ください。					
	住所	_____				
	氏名	_____（続柄）_____				
	職業	_____				
入居希望の 理由						
身元保証人 (2名)	氏 名	本人と の関係	住 所 電 話	勤 務 先 電 話		
			() -	() -		
			() -	() -		

- 提出された書類は入居の申し込み以外の目的で使用しません。
- 記入上の注意
 - 各項目に該当するところを○で囲んでください。
 - 写真の大きさは縦 3cm×横 2.4cmくらいなものを貼り付けてください。