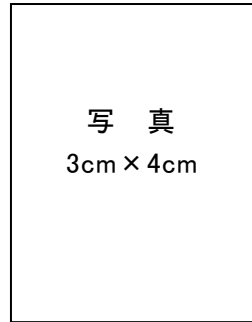


入居申込書

申込日 平成 年 月 日

社会福祉法人 与謝郡福社会

ケアハウス _____ 施設長 様



申込者氏名 _____ (印)

(必ず写真添付)

次の通り入居を希望します。

※必要事項に記入もしくは☑をチェックしてください。

ふりがな 氏名			男 女	<input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和	年 月 日生	満 歳
現住所	〒 _____		<input type="checkbox"/> 持家 <input type="checkbox"/> 賃貸(戸建・アパート・公共住宅)			
申込み理由	電話番号: (_____) - _____ - _____					
世帯区分	<input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 高齢世帯 <input type="checkbox"/> 家族同居 <input type="checkbox"/> その他(_____)					
要介護度	<input type="checkbox"/> 未認定(非該当) <input type="checkbox"/> 要支援(_____) <input type="checkbox"/> 要介護(_____)					
既介護サービス利用	有・無	有の場合: <input type="checkbox"/> デイサービス <input type="checkbox"/> ヘルパー <input type="checkbox"/> 訪問看護				
		<input type="checkbox"/> ショートステイ <input type="checkbox"/> その他(_____)				
医療保険	<input type="checkbox"/> 後期高齢	<input type="checkbox"/> 国保	公的扶助	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 生活保護		
健康状態	現病歴: (_____)					
	<input type="checkbox"/> 現在治療中 <input type="checkbox"/> 治療中止 <input type="checkbox"/> その他(_____)					
	かかりつけ医: (_____) 服薬: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無					
	既往歴:					
身体障害	有・無	有の場合(部位 _____)				
障害者手帳	有・無	有の場合(障害名: _____) 種 級				
収入状況	年金等収入	種類:	年額:	円・種類:	年額:	円
	その他収入 (不動産収入を含む)	種類:	年額:	円・種類:	年額:	円
預金残高	仕送り等:		月額:	円	仕送り者名: _____ (続柄: _____)	
	普通預金	円・定期預金				円

※ 各欄の記入について分かりにくい部分は空欄でも差し支えありません。

家 族 状 況	氏名	続柄	年齢	同居 別居	住所	電話番号	摘要	

※2親等までをご記入下さい。

協力者	有・無	協力者氏名	関係
-----	-----	-------	----

※別居等で、甥、姪、その他近隣で密な協力をしておられる方があればご記入下さい。

緊急時連絡先1	ふりがな 氏名:	続柄	電話番号:()- -
緊急時連絡先2	ふりがな 氏名:	続柄	電話番号:()- -

※必ず緊急連絡先2までご記入下さい。

身元保証人1	ふりがな 氏名	⑩ (続柄:)
	住所: 〒 -	
	電話番号:()- - 携帯電話:()- -	
身元保証人2	ふりがな 氏名	⑩ (続柄:)
	住所: 〒 -	
	電話番号:()- - 携帯電話:()- -	

※必ずご記入下さい。(出来れば2名ご記入ください)

入居希望時期	平成 年 月 日
<u>日常生活上での特記事項</u>	
<u>その他必要事項</u>	