

ケアハウス一晃 入居申込書

社会福祉法人 寿宝会 ケアハウス一晃
施設長 中村 由香 殿

令和 年 月 日

申込者氏名

※空欄への記入、該当欄への○印でのご記入をお願いします。

入居希望者	(ふりがな) 氏名		男 女	大正・昭和 年 月 日生 (歳)			
	現住所	〒 _____ 電話 () ー 番					
	本籍	〒 _____ 筆頭者名 ()					
申込理由	1. 身寄りがない 2. 家庭の事情で家族と同居できない 3. 現在の住宅が狭い 4. 他人の世帯と同居している 5. その他 (詳細に記入すること)		(5の理由)				
住宅状況	1. 自宅 _____ 室 2. 公営 (市営 道営 公団等) _____ 室 (家賃月額 _____ 円) 3. 借家 アパート _____ 室 (家賃月額 _____ 円) 4. 借間 _____ 室 (家賃月額 _____ 円) 5. その他 (詳細に記入すること)						
家庭の状況	氏名	年令	続柄	同居 別居	職業	住所	電話番号
ごく親しい親族・知人を記入して下さい。(記入欄不足の時は補助紙を用いて下さい)							

収入状況	給与等収入	勤務先 () 年額 円		
	年金等収入	種 類 () 年額 円		
	不動産収入	種 類 () 年額 円		
	利子等収入	年額 円		
	その他収入	年額 円		
	計	円		
	※前年の所得証明書を添付すること。(恩給、遺族年金など所得証明書に記載されない収入のある方は、別に確認できる書類も添付のこと。)			
生活の様子・身体状況	歩行	1.自立 2.杖歩行 3.車椅子使用 4.シルバーカー使用 5.その他 ()		
	食事	1.自立 2.一部介助 () 3.食事制限 有・無 ()		
	入浴	1.自立 2.一部介助 ()		
	排泄	1.自立 2.一部介助 ()		
	薬の管理	1.自立 2.一部介助 ()		
	お金の管理	1.自立 2.一部介助 ()		
	買物	1.自立 2.一部介助 ()		
	視力	1.良好 2.やや不自由 ()		
	聴力	1.良好 2.やや不自由 ()		
	会話	1.良好 2.やや不自由 ()		
	健康状況	健全 病弱 持病 (病名)		
		通院治療中	病 名 () 病院名 ()	
		最近5年間にかかった病気 (病名 : 時期 :) (病名 : 時期 :) (病名 : 時期 :)		
	身体障害	有・無 障害部分 () ・手帳の有・無 (種 級)		
要介護認定	要支援 1 ・ 2 要介護 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5			
利用中の介護サービス	デイサービス・デイケア・ヘルパー・ショートステイ その他 ()			

生活歴	職歴					
	結婚歴	有・無 死別（ 年 ）・ 離別 お子さんの人数（ 人）				
	転居歴	（他施設への入居歴のある方は、必ず記入して下さい）				
	その他	趣味（ ） 嗜好（酒 飲む・飲まない たばこ 吸う・吸わない ） その他（ ）				
性格	朗らか			几帳面		
	わがまま			短気		
	協調性がある			寝つきが悪い		
	親しみやすい			凝り性		
	頑固			無口		
	落ち着きがない			人と打ち解けにくい		
保証人	氏名	年齢	申込者との関係	職業	住所	電話

ケアハウス入居希望者必要書類一覧表

No.	必要書類	提出時期		備考
		申込時	入居見込時	
1	入居申込書	○		1通
2	健康診断書 ※項目が確認できれば、他の診断書様式でも可		○	1通
3	誓約・身元保証書		○	1通
4	身元保証人の印鑑証明書		○	1通
5	住民票		○	1通
6	前年の収入が証明できるもの ※所得（課税）証明書、公的年金の源泉徴収票、通帳の写し等、確認できるものであれば可		○	1通
7	介護保険証、介護保険負担割合証の写し	○	○ ※更新している場合	1通