

様式1

ケアハウス広瀬施設長

ケアハウス広瀬 入居申込書

申 込 日	年 月 日	受 付 日	年 月 日
住 所	〒		
電 話	()	携帯電話	()
申込者氏名	Ⓜ	続 柄	
入居対象者本人の同意の有無		有	無

※原則として入居申込者は本人及び家族又は代理人となります。

※今後の連絡先とさせていただきます。

貴施設に入居したいので、次のとおり申し込みます。

入居対象者の状況	フリガナ		性 別	男 女
	氏 名		生年月日	T S 年 月 日
			保 険 者	
	介護保険被保険者番号		保険者番号	
	要 介 護 度		現住所	〒
	要介護認定期間	年 月 日から 年 月 日まで		
	連 絡 先	電話 () / 携帯電話 ()		
現 況	<input type="checkbox"/> 単身世帯 <input type="checkbox"/> 高齢者世帯 <input type="checkbox"/> 家族と同居 () <input type="checkbox"/> 施設や病院等に入所(院)中 ◇ 施設(病院)名称 () ◇ 入所(院)の時期 (年 月 日から) <input type="checkbox"/> 介護サービス利用中 ◇ 介護支援事業所 () ◇ 担当ケアマネジャー ()			
入居希望の理由 (本人の意見も含む)				
身元保証人	フリガナ		性 別	男 女
	氏 名		生年月日	T S 年 月 日
			同居の別	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居
	連絡先	(電話) (携帯)	本人との関係	
現 住 所	〒			
身元保証人	フリガナ		性 別	男 女
	氏 名		生年月日	T S 年 月 日
			同居の別	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居
	連絡先	(電話) (携帯)	本人との関係	
現 住 所	〒			

※申込の際には、介護保険被保険者証(写)を添付してください。

収入の状況	年金	種類		年額	
		種類		年額	
		種類		年額	
	恩給			年額	
	給与収入	勤務先		年額	
	その他収入	種類		年額	
	借入金	金額		借入先	
入居料等経費支払	1. 本人負担	※縁故者の場合			
	2. 一部縁故者負担	氏名	住所		
	3. 全額縁故者負担	続柄	職業		
日常生活	移動	(自立・一部介助・全介助)			
	排泄	(自立・一部介助・全介助)			
	食事	(自立・一部介助・全介助)			
	入浴	(自立・一部介助・全介助)			
	着替	(自立・一部介助・全介助)			
	その他				
サービスの利用状況	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ⇒ (
医療の状況	◆ 既往症				
	◆ 現病歴				
	◆ 服薬状況				
	◆ 通院の有無 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (
主治医・通院先					
備考					
同意欄	<p>以上は、ケアハウス広瀬の入居申込にあたる説明をこの書面により受け、同意の上申込みを行ったものです。</p> <p>また、入居審査における検討資料作成のためケアマネジャー等による調査の受入や、保険者・居宅介護支援事業所等、介護保険事業者からサービス利用表等の写しを徴することに同意します。</p>				
	年	月	日	本人	Ⓜ
			家族(又は代理者)	Ⓜ	

(注) ・項目ごとに、詳しく記入してください。記入漏れ、添付書類不備があると受付できません。

・添付書類

①住民票 ②戸籍謄本 ③年金証書の写し ④収入証明書(年金額改定通知書・年金振込通知書)
その他収入を証明できる書類(通帳の写し) 前年の1月1日から12月31日まで記帳のもの。

・この申込書と聞き取りのうえ審査し、適格者と認められた場合は、健康診断書を入居前に提出していただき面接調査の上入居を決定いたします。

・面接通知を受けた時は、保証人も同席をしてください。