

ケアハウス桃山園 入居申込書

社会福祉法人新潟臨港福祉会 ケアハウス桃山園 施設長 殿

申込日 平成____年____月____日

申込者氏名 _____ ⑩

本人 家族(_____) その他(_____)

次の通り入居を希望します。なお、ケアハウス桃山園入居申込要項に記載してある事項に了承し、この申込書の記載事項が事実と相違する場合は、申請に関する一切の権利を放棄することを誓約します。

フリガナ		男	<input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和	(本籍地)
氏名		女	年 月 日 (歳)	県
現住所	〒 -			電話 ()
	<input type="checkbox"/> 持ち家 <input type="checkbox"/> 賃貸 <input type="checkbox"/> その他 ()			携帯 ()
世帯区分： <input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 高齢世帯 <input type="checkbox"/> 家族同居				
配偶者	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 (<input type="checkbox"/> 未婚 <input type="checkbox"/> 離婚 <input type="checkbox"/> 死別)	利用方法	<input type="checkbox"/> 単身部屋 <input type="checkbox"/> 夫婦部屋	
入居動機 現在の状況	要介護認定状況： <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 要支援 () <input type="checkbox"/> 要介護 () <input type="checkbox"/> 現在入院中 (月 日 退院予定) <input type="checkbox"/> 施設入所中 (施設名 _____)			

連帯保証人	氏名：	続柄：	氏名：	続柄：
	生年月日：	年 月 日 (歳)	生年月日：	年 月 日 (歳)
	住所：		住所：	
	電話：	- -	電話：	- -
	携帯：	- -	携帯：	- -
	職業：		職業：	

* 連帯保証人の欄は、申込時に記載できない場合は空欄でも構いませんが、入居の際は、2名の連帯保証人が必要となります。連帯保証人は、契約事項に関する連帯保証の他、身元の保証、生活相談等の窓口となっていただきます。

親族状況	氏名	続柄	生年月日	住所・電話	同・別居

* 連帯保証人以外の親族状況を記載してください。

(同意確認欄)

- 『ケアハウス桃山園入居申込の手引き』の記載事項をよく読み申込をいたします
- この入居申込に関する個人情報について、入居判定を行うために必要な範囲内において利用すること若しくは情報を収集することに同意します。

心身・生活の状況	健康状態	<input type="checkbox"/> 健康 <input type="checkbox"/> 通院治療中（病名： _____）			
		慢性疾患（病名 _____）			
		かかりつけ医（ _____）			
	既往歴	診 断 名	発症時期	医療機関・診療科	完治・経過観察
			年 月		
			年 月		
			年 月		
	視力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 弱視 <input type="checkbox"/> 眼鏡使用		食事	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 介助必要
	聴力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 難聴 <input type="checkbox"/> 補聴器使用		入浴	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 介助必要
	意思疎通	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 困難 <input type="checkbox"/> 不可		更衣	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 介助必要
	排泄	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 介助必要 <input type="checkbox"/> 紙パンツ <input type="checkbox"/> パット <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ <input type="checkbox"/> オムツ			
	移動	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 杖歩行 <input type="checkbox"/> 歩行器使用 <input type="checkbox"/> 車いす使用 <input type="checkbox"/> 介助が必要 <input type="checkbox"/> できない			
	金銭管理	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない		服薬管理	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない
	買い物	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない		対人関係	<input type="checkbox"/> 拒否的 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 協調的
	嗜好	<input type="checkbox"/> 酒（ _____ /日） <input type="checkbox"/> たばこ（ _____ /日）		宗教	
精神状況	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 精神障害あり（ _____）				
認知症行動	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（ _____）				
身体障害者手帳	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（障害名： _____ 級 _____ 種）				
その他特記事項					

介護保険	保険者市町村： _____ 被保険者番号： _____ <input type="checkbox"/> 要支援（ _____） <input type="checkbox"/> 要介護（ _____）
	認定日：H _____ 年 _____ 月 _____ 日 認定期間：H _____ 年 _____ 月 _____ 日～H _____ 年 _____ 月 _____ 日
既サービス利用状況	居宅事業所名： _____ 担当ケアマネージャー： _____ 氏
	<input type="checkbox"/> 訪問介護（週 _____ 回） <input type="checkbox"/> 通所介護（週 _____ 回 事業所名 _____）
	<input type="checkbox"/> その他（ _____）

収入状況	<input type="checkbox"/> 国民年金 年 _____ 円	<input type="checkbox"/> 軍人恩給 年 _____ 円
	<input type="checkbox"/> 厚生年金 年 _____ 円	<input type="checkbox"/> 不動産収入 年 _____ 円
	<input type="checkbox"/> 共済年金 年 _____ 円	<input type="checkbox"/> 利息収入 年 _____ 円
	<input type="checkbox"/> 遺族年金 年 _____ 円	<input type="checkbox"/> その他収入 年 _____ 円
	<input type="checkbox"/> 障害年金 年 _____ 円	収入額合計 年 _____ 円
	利用料の支払い	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 一部縁故者 <input type="checkbox"/> 全額縁故者