

平成 年 月 日

社会福祉法人巻老人福祉協会 ケアハウス白寿荘西 入居申込書

申込者

住 所	〒 —		
ふりがな 氏 名			入居希望者との続柄
			㊦
電話番号	自宅	()	
	携帯	()	

貴施設に入居したいので次のとおり申し込みます。

入居希望者 氏 名	(ふりがな)		性 別	男性 ・ 女性	
			生年月日	明治・大正・昭和	年 月 日
現 住 所	〒 — Tel ()				
職 業	(現)		(前)		
介護認定	無・有 (要支援 1, 2 要介護 1, 2, 3, 4, 5)				
被保険者番号			有効 期間	平成 年 月 日～平成 年 月 日	
保険者・番号					
担当介護支援専門員	所属			氏名	
現在利用中の サービス	サービス	頻 度		サービス	頻 度
	訪問介護	回/週		訪問看護	回/週
	デイサービス	回/週			
	ショートステイ	日/月位			
入居希望の理由					
収 入	年金・恩給等 (年額)	年金 円	年金 円	円	
	動産・不動産・その他収入 (年額)	動産(配当等) 円	不動産(家賃収入等) 円	円	
利 用 料 の 負 担	※ 2. 3の場合親族(負担者)				
	住所	〒 — Tel ()			
	氏 名			㊦	続 柄

日常生活状況	移動	可能・やや不安・不可能		食事	可能・やや不安・不可能				
	入浴	可能・やや不安・不可能		排泄	可能・やや不安・不可能				
	着脱衣	可能・やや不安・不可能		身だしなみ	可能・やや不安・不可能				
健康の状況	視力	普通・やや悪い・全盲		言語	普通・少し不自由・不自由				
	聴力	普通・やや悪い・難聴		歩行	自力・杖・歩行器・車椅子				
	身体障害	無・有()		身障手帳	：無・有(種 級：障害名)				
	現在治療中の病名			病院名					
	既往歴								
家庭の状況 (近親者)	氏名		続柄	生年月日		住所	電話番号		
身元保証人	氏名			続柄			生年月日		
	住所	〒 -		TEL ()					
	勤務先					TEL ()			
	氏名			続柄			生年月日		
	住所	〒 -				TEL ()			
	勤務先					TEL ()			
留意事項	<p>本入居申込書に記載した事項に変更があった場合、あるいは他の施設等に入居し、申込みをキャンセルする場合は、必ず当施設に連絡してください。</p> <p>【連絡先】 ケアハウス白寿荘西 TEL 0256-72-1077 FAX 0256-72-1119</p> <p>担当者 係長生活相談員 星野香織 主任介護員 山崎和美</p>								