

# 入居申込書

社会福祉法人 長寿会  
ケアハウス長寿苑 施設長 殿

写真  
上半身無背景

ふりがな  
入所者氏名

印

次の通りケアハウス長寿苑入居を申込みます

|                                                                              |                                                                       |           |            |    |       |
|------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|-----------|------------|----|-------|
| 居室希望                                                                         | 洋室・和室 ( 号室)                                                           | 入居希望日     | 平成 年 月 日 頃 |    |       |
| 生年月日                                                                         | 明・大・昭 年 月                                                             | 性別        | 男性・女性      |    |       |
| 現住所                                                                          | 〒 - 電話 ( ) -                                                          |           |            |    |       |
| 収入状況<br><small>(※全て記入)<br/>ケアハウスの利用料は、国の定めた基準をもとにご本人の年間収入によって決められます。</small> | 年金・恩給等                                                                | 種類        | 年額 円       |    |       |
|                                                                              | 年金・恩給等                                                                | 種類        | 年額 円       |    |       |
|                                                                              | 年金・恩給等                                                                | 種類        | 年額 円       |    |       |
|                                                                              | 給与所得                                                                  | 勤務先       | 年額 円       |    |       |
|                                                                              | 不動産収入                                                                 | 種類        | 年額 円       |    |       |
|                                                                              | 利子収入                                                                  |           | 年額 円       |    |       |
|                                                                              | その他の収入                                                                | 内容        | 年額 円       |    |       |
| 利用料の負担                                                                       | 1. 本人全額負担                                                             | 2. 一部縁者負担 | 3. 全額縁者負担  |    |       |
|                                                                              | 負担方法が2, 3にあたる場合下記に記入下さい<br><br>負担縁者名 氏名 _____<br>住所 _____<br>続柄 _____ |           |            |    |       |
| 家族の状況<br>(近親者)                                                               | 氏名                                                                    | 続柄        | 住所         | 年令 | 住まい   |
|                                                                              |                                                                       |           |            | 歳  | 同居・別居 |
|                                                                              |                                                                       |           |            | 歳  | 同居・別居 |
|                                                                              |                                                                       |           |            | 歳  | 同居・別居 |
|                                                                              |                                                                       |           |            | 歳  | 同居・別居 |
|                                                                              |                                                                       |           |            | 歳  | 同居・別居 |

|                      |                                                                           |                          |                          |                   |                |
|----------------------|---------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|-------------------|----------------|
| 入所に至った理由<br>(具体的に記入) | _____<br>_____<br>_____                                                   |                          |                          |                   |                |
| 健康状態                 | ※ 現在治療中の疾病                                                                |                          |                          |                   |                |
|                      | (病名 : _____ )                                                             |                          | (病院名 : _____ )           |                   |                |
|                      | (病名 : _____ )                                                             |                          | (病院名 : _____ )           |                   |                |
|                      | (病名 : _____ )                                                             |                          | (病院名 : _____ )           |                   |                |
|                      | (病名 : _____ )                                                             |                          | (病院名 : _____ )           |                   |                |
|                      | (病名 : _____ )                                                             |                          | (病院名 : _____ )           |                   |                |
|                      | ※ 過去5年間にかった病名                                                             |                          |                          |                   |                |
|                      | (病名 : _____ )                                                             |                          | (病名 : _____ )            |                   |                |
|                      | (病名 : _____ )                                                             |                          | (病名 : _____ )            |                   |                |
|                      | (病名 : _____ )                                                             |                          | (病名 : _____ )            |                   |                |
| ※ 身体障害者を有する場合        |                                                                           |                          |                          |                   |                |
| (部位 : _____ )        |                                                                           | (手帳保持 : _____ 種 _____ 級) |                          |                   |                |
| ※ 日常生活上の不安           |                                                                           |                          |                          |                   |                |
| _____<br>_____       |                                                                           |                          |                          |                   |                |
| 性格及び対人関係             | _____<br>_____                                                            |                          |                          |                   |                |
| その他の状況               | ・ 趣味 _____<br>・ 特技 _____<br>・ 嗜好 (飲酒種類 : _____ ) (喫煙 : 1日 本) (その他 _____ ) |                          |                          |                   |                |
| 身元保証人                | 氏名                                                                        | 続柄                       | 住所                       | 電話                | 連絡先            |
|                      | _____                                                                     | _____                    | 〒 _____ - _____          | ( _____ ) - _____ | ( _____ )<br>- |
|                      | 氏名                                                                        | 続柄                       | 住所                       | 電話                | 連絡先            |
|                      | _____                                                                     | _____                    | 〒 _____ - _____          | ( _____ ) - _____ | ( _____ )<br>- |
| 添付書類等                | ・ 入所契約書 2通                                                                |                          | ・ 身元保証書 3通 (施設 2通・保証人1通) |                   |                |
|                      | ・ 住民票各 1通                                                                 |                          | ・ 本人の健康診断書 1通            |                   |                |
|                      | ・ 身元保証人の住民票各 1通                                                           |                          | ・ 転出証明書                  |                   |                |
|                      | ・ 入所時のADL調査                                                               |                          |                          |                   |                |
|                      | ・ 本人の前年度所得税確定申告書 又は 住民税課税証明書                                              |                          |                          |                   |                |
|                      | ・ 縁故者が利用料を一部負担する場合その方の前年度の所得を証明する書類                                       |                          |                          |                   |                |