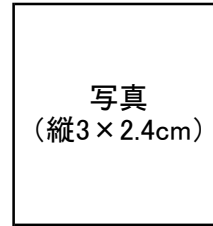


# 入居申込書

施設長 殿



申込日:	年	月	日	
申込者名	続柄		連絡先	
担当ケアマネジャー	事業所名		連絡先	

※担当ケアマネがいる場合ご記載ください。

## 入居希望者情報

※介護保険証 健康保険証 負担割合証の写しをご持参ください

ご本人氏名	年齢	男 女
生年月日 大正・昭和 年 月 日	介護認定 有 無	要支援 要介護 1 2 3 4 5
住所 〒	本籍地	配偶者 有・無
連絡先電話	携帯番号	

## 身体機能状況 を入れてください

移動	<input type="checkbox"/> 自立歩行 <input type="checkbox"/> 杖歩行 <input type="checkbox"/> 押し車 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車椅子
食事	<input type="checkbox"/> 自分で出来る <input type="checkbox"/> 見守りが必要 <input type="checkbox"/> 介助が必要 <input type="checkbox"/> できない
入浴	<input type="checkbox"/> 自分で出来る <input type="checkbox"/> 見守りが必要 <input type="checkbox"/> 介助が必要 <input type="checkbox"/> できない
着脱	<input type="checkbox"/> 自分で出来る <input type="checkbox"/> 見守りが必要 <input type="checkbox"/> 介助が必要 <input type="checkbox"/> できない
排泄	<input type="checkbox"/> 自分で出来る <input type="checkbox"/> 見守りが必要 <input type="checkbox"/> 介助が必要 <input type="checkbox"/> できない
認知	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 物忘れがある <input type="checkbox"/> 認知症の診断を受けたことかがる

## 診療情報

かかりつけ 医	病院名	主治医
	病院名	主治医
	病院名	主治医
既往症		
障害	有 無 部位	手帳 有 無 ( 種 級)

## その他

趣味	
嗜好	
宗教	
その他	

### 収入状況

年金	種類	年額
遺族年金	有 無	年額
恩給	種類	年額
不動産収入	種類	年額
給与	種類	年額
利子収入	種類	年額
その他収入	種類	年額

### 家族状況

身元保証人1 ※身元保証人及び経費負担者となります。

続柄	氏名	年齢	職業
住所	〒		同居 別居
連絡先	携帯		

身元保証人2 ※身元保証人1がその責任を果たせない場合、その責務を負います。

続柄	氏名	年齢	職業
住所	〒		同居 別居
連絡先	携帯		

### その他近親者

続柄	氏名	年齢	職業
住所	〒		同居 別居
連絡先	携帯		
続柄	氏名	年齢	職業
住所	〒		同居 別居
連絡先	携帯		

入居希望の理由 具体的に記載ください。

--

1. 入居申し込みをいただいた後、適格者と認められた場合、施設長との面談があります。
1. 面接は、ご本人及び身元保証人1の方は必ずご出席ください。
1. その他入居の手続きにつきましては、別途書類の提出が必要となります。
1. 利用料等が本人負担以外の場合は、身元保証人の所得を証明するものが必要となります。