

ケアハウスかたくりの里 一般(自立)型 入居申込書

受付日 令和 年 月 日

受付担当者名 _____

社会福祉法人恩心会

| | | | | | | |
|------------|--|-------|--------|--------|-------------------|---------------|
| 入居希望者 | ふりがな | | | 性別 | 生年月日 | |
| | 氏名 | | | 男 ・ 女 | 大 ・ 昭 年 月 日 (歳) | |
| | 住所 | 〒 - | | 電話番号 | (無 ・ 有) | |
| 申込者 | ふりがな | | | 続柄 | 生年月日 | |
| | 氏名 | | | | 大 ・ 昭 ・ 平 年 月 日 | |
| | 住所 | 〒 - | | 自宅電話 | | |
| | | | | 携帯電話 | | |
| 勤務先 | 会社名等 | 勤務先住所 | | | 勤務先電話 | |
| 身元保証人 | ふりがな | | | 続柄 | 生年月日 | |
| | 氏名 | | | | 大 ・ 昭 ・ 平 年 月 日 | |
| | 住所 | 〒 - | | 自宅電話 | | |
| | | | | 携帯電話 | | |
| 勤務先 | 会社名等 | 勤務先住所 | | | 勤務先電話 | |
| 現病名 | | | | | | |
| かかりつけ医 | | | | | | |
| 介護度 | 未申請 | 自立 | 要支援() | 要介護() | 認定期間 | 年 月 日 ~ 年 月 日 |
| 利用中介護サービス | 無 ・ デイサービス ・ 訪問介護 ・ 通所リハ ・ 小規模多機能 ・ 福祉用具レンタル ・ その他() | | | | | |
| 居宅介護支援事業所名 | | | | 担当ケアマネ | 様 | |
| 申込み理由 | <input type="checkbox"/> 一人暮らしで不安 <input type="checkbox"/> 経済的理由 <input type="checkbox"/> 家庭的理由 <input type="checkbox"/> 身体機能や理解力低下による不安 <input type="checkbox"/> 食生活の不安 <input type="checkbox"/> その他理由 () | | | | | |
| 入居希望者の年収 | <input type="checkbox"/> 国民年金 <input type="checkbox"/> 厚生年金 <input type="checkbox"/> 遺族年金 <input type="checkbox"/> 障害者年金 <input type="checkbox"/> 生活保護 <input type="checkbox"/> 傷病手当 <input type="checkbox"/> 給与 <input type="checkbox"/> その他収入() 年間収入：約 万円 | | | | | |

【入居前の注意事項】 ※同意頂けない場合には、一般(自立)型への申込みは受け付け出来ません。

- ①入居希望者様本人が施設見学(面談)にお越し下さい。お越し頂いた日を申込み受付日とさせていただきます。
- ②入居待機者には、年2回待機者調査票を送付させていただきます。必ずご記入頂き、返信をお願いします。
調査票の回答によっては電話にてお伺いすることもありますので、ご協力お願いします。
- ③居室が空き次第、入居待機者順に電話にてご案内させていただきます。
- ④入居契約手続き日が、入居日となります。
入居契約手続きは、入居希望者様と身元保証人様が必ず出席してください。
- ⑤本人様の入居は、居室の引き渡し可能日から1週間以内をお願いします。
居室の引き渡し可能日は、決定次第、電話にてご連絡させていただきます。

※入居に関して不明な点がございましたら、**施設(Tel.0544-24-3377 / 担当:前島)**までお問い合わせください。

入居前の注意事項に同意の上、かたくりの里一般(自立)型への入居を申し込みます。

令和 年 月 日 申込者氏名 印