

ケアハウスかたくりの里 介護型 入居申込書

受付日 令和 年 月 日

社会福祉法人恩心会

受付者氏名

入居希望者	ふりがな		性別	生年月日		
	氏名		男・女	大・昭 年 月 日生		
	住所	〒 -		自宅電話	() -	
				携帯電話	- -	
申込者	ふりがな		続柄	生年月日		
	氏名			大・昭・平 年 月 日生		
	住所	〒 -		自宅電話	() -	
					携帯電話	- -
勤務先		会社名等	勤務先住所	〒 -	電話番号	
身元保証人	ふりがな		続柄	生年月日		
	氏名			大・昭・平 年 月 日生		
	住所	〒 -		自宅電話	() -	
					携帯電話	- -
勤務先		会社名等	勤務先住所	〒 -	電話番号	
主たる病名						
かかりつけ医						
健康保険者証 <input type="checkbox"/> 国民健康保険 <input type="checkbox"/> 後期高齢者医療保険 <input type="checkbox"/> その他()						
介護保険者証 保険者: 被保険者番号:						
介護度 <input type="checkbox"/> 要支援1 <input type="checkbox"/> 要支援2 <input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5						
介護サービス利用状況 <input type="checkbox"/> ヘルパー(週 回) <input type="checkbox"/> デイサービス(週 回) <input type="checkbox"/> 通所リハビリ(週 回)						
<input type="checkbox"/> 小規模多機能型居宅介護 <input type="checkbox"/> その他()						
居宅介護支援事業所名				担当ケアマネ	様	
申し込み理由 <input type="checkbox"/> 一人暮らしでの不安 <input type="checkbox"/> 経済的理由 <input type="checkbox"/> 家庭的理由 <input type="checkbox"/> 身体機能低下による不安 <input type="checkbox"/> その他()						
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】

- (1) 入居は居室の引き渡し可能日から1週間以内をお願いいたします。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。
- (2) 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。その際、入居を希望されなかった場合には介護型への入居申し込みを一旦取り消しとさせていただきます。
- (3) 入居待機者に申込後、年2回待機者調査票をお送りいたします。必ずご記入いただき、返信をお願いいたします。調査票の回答によっては電話にて内容をお伺いすることもありますので、ご協力をお願いいたします。

入居前の注意事項に同意の上、ケアハウスかたくりの里介護型への入居を申し込みます。

令和 年 月 日 申込者氏名 印