

様式— 1

ケアハウスすこやか横手入居申込書

令和 年 月 日

ケアハウスすこやか横手  
施設長 様

入居申込者住所

入居申込者氏名

㊟

ケアハウスすこやか横手に入居したいので、下記により申し込みいたします。

なお、記載事項について事実と相違したときは、申し込みに関する一切の権利が取消となっても異議ありません。

記

|                      |   |  |   |
|----------------------|---|--|---|
| ふりがな                 |   | 男  | 生年月日  |
| 入居希望者氏名              |   | ・  | <input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和                               |
|                      |   | 女  | 年 月 日 歳   |
| 現住所                  | 〒 TEL   |  |   |
| 本籍地                  |   |  |   |
| 現在の状況                | <input type="checkbox"/> 横手市内 <input type="checkbox"/> 県内 ( ) <input type="checkbox"/> 県外 ( ) |  |   |
|                      | <input type="checkbox"/> 一人暮らし <input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> その他 ( )   |  |   |
| 介護<br>保険             | 被保険者番号  |  |   |
|                      | 要介護区分   | <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 事業対象者 <input type="checkbox"/> 要支援 ( ) <input type="checkbox"/> 要介護 ( ) |   |
| 前年中の<br>本人の収<br>入状況  | 年金恩給等<br>その他収入  | 種 類  | 年 額   |
|                      |   |  | 円   |
|                      |   |  | 円   |
|                      | 前年中の収入状況合計  |  | 円   |
| 前年中の<br>必要経費<br>支出状況 | 租税  |  | 円   |
|                      | 社会保険料   |  | 円   |
|                      | 医療費   |  | 円   |
|                      | その他   |  | 円   |
|                      | 前年中の必要経費支出合計  |  | 円   |
| 利用料等<br>経費支払         | 1. 全額本人負担   |  | ※番号のいずれかに○を付して下さい。<br>2、3の場合は下記に記入して下さい。<br>【縁故者の連絡先】<br>住所<br>氏名 続柄 ( )<br>職業<br>TEL |
|                      | 2. 一部縁故者負担  |  |   |
|                      | 3. 全額縁故者負担  |  |   |

|                   |   |   |  |   |       |  |
|-------------------|---|---|--|---|-------|--|
| 家族状況<br>(近親者)     | 氏名  | 続柄  | 年齢   | 住所  | 同居・別居 |  |
|                   |   |   |  |   |       |  |
|                   |   |   |  |   |       |  |
|                   |   |   |  |   |       |  |
| 主な生活歴             |   |   |  |   |       |  |
| 身体<br>の<br>状<br>況 | 日常生活  | 生活<br>動<br>作  | 歩行   | <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 老人車 <input type="checkbox"/> その他 ( ) |       |  |
|                   |   |   | 受診   | <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 家族付き添い <input type="checkbox"/> ヘルパーの介助  |       |  |
|                   |   |   | 食事   | <input type="checkbox"/> 自立 (食事動作は問題なし)<br><input type="checkbox"/> 介助 (食事動作に支障があり在宅サービスの介助が必要)   |       |  |
|                   |   |   | 入浴   | <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> ヘルパーの介助が必要   |       |  |
|                   |   |   | 服薬   | <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 自分で出来ない <input type="checkbox"/> 家族が管理している   |       |  |
|                   |   |   | 金銭   | <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 自分で管理出来ない <input type="checkbox"/> 家族等が管理している  |       |  |
|                   |   |   | 洗濯   | <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 自分で出来ない <input type="checkbox"/> ヘルパーの支援が必要  |       |  |
|                   |   |   | 掃除   | <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 自分で出来ない <input type="checkbox"/> ヘルパーの支援が必要  |       |  |
|                   | 健康状況  | <input type="checkbox"/> 健全 <input type="checkbox"/> 病弱 <input type="checkbox"/> 持病 (病名 ) |  |   |       |  |
|                   |   | 通院治療中 病名 ( )<br>病院名 :   |  |   |       |  |
| 身体障害              | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | 有の場合 (部位 )  | 手帳 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | 種   | 級     |  |
| 入居希望<br>の理由       | (具体的に)  |   |  |   |       |  |

身元保証人について

|       |      |   |     |   |        |
|-------|------|---|-----|---|--------|
| 身元保証人 | ふりがな |   |     |   |        |
|       | 氏名   | (男・女)   |     |   |        |
|       | 生年月日 | <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 | 年   | 月 | 日 ( 歳) |
|       | 住所   |   |     |   |        |
|       | 続柄   |   | 連絡先 |   |        |
|       | 勤務先  | TEL   |     |   |        |

居宅介護支援事業所

担当介護支援専門員

(注) 記入上の注意 : ( ) の箇所はできるだけ具体的に記入をお願いします。