

# 入居申込書

【社会福祉法人恵和会 ケアハウスハーモニー】

受理	平成	年	月	日	受付番号	
----	----	---	---	---	------	--

※施設使用欄

写真添付欄

(目安: 3.5cm×3.0cm程度)

※大きさは問いません  
撮影後1年以内のもの

入居者	フリガナ		生年月日	明治・大正・昭和	年	月	日
	氏名		性別	男・女	年齢		歳
	現住所	(〒 - )					
	電話番号	(自宅)	-	-	(携帯)	-	-
	フリガナ		生年月日	明治・大正・昭和	年	月	日
	夫婦入居妻氏名		続柄		年齢		歳

入居申込の理由 (具体的に書いて下さい)

既往歴	診断名	発症時期	医療機関	備考

介護保険・医療保険等	保険者市町村		被保険者番号												
	要介護認定	未認定・自立・要支援1・要支援2・要介護1・要介護2・要介護3・要介護4・要介護5													
	認定日	H	年	月	日	認定有効期間	H	年	月	日	～	H	年	月	日
	既サービス利用状況	<input type="checkbox"/> 訪問介護: 週 回 <input type="checkbox"/> 通所介護: 週 回 <input type="checkbox"/> 通所リハビリ: 週 回 <input type="checkbox"/> その他 ( ): 週 回													
	介護支援事業所名	電話番号													
	ケアマネジャー														
	医療保険	<input type="checkbox"/> 後期高齢者医療保険 <input type="checkbox"/> 社会保険 <input type="checkbox"/> 国民健康保険													
	身体障害者手帳	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし 種 級 No. 障害名:													

収入の状況	年金・恩給等	種類 ( )	年額	円	
	給与	種類 ( )	年額	円	
	不動産	種類 ( )	年額	円	
	利子・配当金	種類 ( )	年額	円	
	その他	種類 ( )	年額	円	
	年間総額			合計	円
	※入居費不足分の家族負担 <input type="checkbox"/> 不可 <input type="checkbox"/> 可 ( )				

日常生活動作			程 度						
	歩 行	自分でできる	一部介助	全介助	補助具	杖 シルバーカー・車椅子			
	聴 力	普通	やや難聴	難聴	補聴器	有 無			
	視 力	普通	弱視	全盲	眼 鏡	有 無			
	排 泄	自分でできる	一部介助	全介助	失 禁	有 無			
		紙おむつの使用	有 無		紙おむつ・リハビリパンツ・尿取りパット				
	食 事	自分でできる	一部介助	全介助	食事形態	主食	常食 ・ おかゆ		
	入 浴	自分でできる	一部介助	全介助		副食	常菜 ・ キザミ食		
	着脱衣	自分でできる	一部介助	全介助	金銭管理	可 ・ 不可			
	服薬管理	自分でできる	一部介助	全介助	電話応対	可 ・ 不可			
物忘れ	ある ・ ときどきある ・ ない								
【特記事項】									
身元保証人①	フリガナ				生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日			
	氏 名	印			続柄			年齢	歳
	現住所	(〒 - )							
	電話番号	(自宅) - -		(携帯) - -					
	勤務先名				電話番号				
	勤務先住所								
身元保証人②	フリガナ				生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日			
	氏 名	印			続柄			年齢	歳
	現住所	(〒 - )							
	電話番号	(自宅) - -		(携帯) - -					
	勤務先名				電話番号				
	勤務先住所								
親族の状況	氏 名	年齢	続柄	職業	住 所		電話番号		
							自宅： 携帯：		
							自宅： 携帯：		
							自宅： 携帯：		
備考欄	・現在の他施設等の申込み状況： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( )								