

ハピネス川西ケアハウス入居申込書

令和 年 月 日

社会福祉法人 正心会
理事長 様

申込者

住 所 _____

氏 名 _____ ⑩

電話番号 _____

次のとおり、ハピネス川西ケアハウス入居について申し込みます。

希望居室	個室 ・ 二人室				時期	空き次第 ・ 年 月 頃	
フリガナ					性別	生年月日	
入居希望者 氏 名					男 女	明 ・ 大 ・ 昭 年 月 日 (才)	
現住所	〒 _____				電話番号 (_____) _____		
家族の 状況	氏名	年齢	続柄	同居 別居	職業	住所	電話番号
住環境	1. 自宅 同居 ・ 独居		2. 借家 同居 ・ 独居		2. その他 (_____)		
収入 状況	年金収入	種類(老齢・厚生・遺族・恩給・その他 _____) 年額 _____ 円					
	給与収入	勤務先(_____) 年額 _____ 円					
	不動産収入	種類(_____) 年額 _____ 円					
	利子等収入	年額 _____ 円					
	その他収入	年額 _____ 円					
利用料等支払	1. 本人 2. 一部縁故者 3. 全額縁故者 (支払者氏名 _____)						
申込理由	(具体的に)						

健康 状況	疾病					
	通院	病名		通院(月 回)		
		病院名				
	服薬	1. 自己管理出来ている		2. 自己管理出来ていない		3. 無
	視力	1. 日常生活に問題ない		2. やや不安		3. 不安()
	聴力	1. 日常生活に問題ない		2. やや不安		3. 不安()
	身長	Cm		体重	Kg	
	血液型					
身体障害	1. 有(部位		種 級)		2. 無	
生活 状況	歩行	具体的に 自立・やや不安 ()				
	食事	自立・やや不安 ()				
	排泄	自立・やや不安 ()				
	入浴	自立・やや不安 ()				
	清掃	自立・やや不安 ()				
	洗面	自立・やや不安 ()				
介護 状況	介護認定	1. 受けている 2. 受けていない ※認定を受けていると答えた方へ 〔 申請中・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 〕				
	在宅 サービス	1. 利用していない 2. 利用している 事業所名 () 担当ケアマネージャー () 利用しているサービス ()				
	職歴	(主なもの)				
	結婚歴	有・無 死別(年)・離別				

身元 保証 人	氏名	年齢	続柄	住所・電話番号
				〒 電話番号
	勤務先名	電話番号		

※入居希望者の全身写真を添付してください。(スナップ写真等で結構です)