

ケアハウスひまわり 入居申込書

社会福祉法人本荘久寿会
 ケアハウスひまわり 施設長 佐藤修 様

申込者氏名 ㊟

私は、社会福祉法人本荘久寿会ケアハウスひまわりに入居を希望しますので、関係書類を添えて下記のとおり申し込みます。

なお、本書記載事項が相違したときには、申し込みに関する一切の権利を放棄しても意義はありません。

記

フリガナ		男・女	明治・大正・昭和
氏名			年 月 日生(満 歳)
住所	〒 (筆頭者)		電話

※本人の職歴 ()
 ※配偶者の職歴 ()

申し込み理由

--

財産及び収入 ※収入金は前年の年額

不動産(土地・家屋・収入)	円	動産(有価証券・貯金・収入)	円
年金	円	恩給	円
その他	円		円
勤労収入・送金 (○をつける)	1. 勤労先名 _____ 金額		円
	2. 送金者名 _____		

身体状況

視力	3 普通	2 やや悪い(右・左)	1 全盲(右・左)
聴力	3 普通	2 やや悪い(右・左)	1 難聴(右・左) ※補聴器(あり・なし)
言語	3 普通	2 少し不自由	1 不自由
歩行	3 自立	2 杖・シルバーカー等	1 車椅子
行動範囲	3 屋外	2 家の周り	1 屋内
入浴	3 自立	2 一部介助	1 全介助 ※入浴回数(回/週)
洗濯	3 自立	2 一部介助	1 全介助
掃除	3 自立	2 一部介助	1 全介助
排泄	3 自立	2 ポータブルトイレ	1 リハビリパンツ等

要介護度	なし・要支援1・2 要介護1・2・3・4・5・申請中 その他()		
支援事業所			
現在利用中の福祉サービス	ホームヘルパー	(利用先	回/週)
	デイ	(利用先	回/週)
	その他福祉用具レンタル等	(利用先	回/週)

健康状況

通院先	病院名	()	科) 主治医
	病院名	()	科) 主治医
	病院名	()	科) 主治医
障害手帳	身体障害者手帳 (種 級) 障害名:		

利用料等の支払い

1 全額本人		2 一部縁故者		3 全額縁故者	
縁故者の場合 氏名	続柄	職業			

同居家族

氏名	年齢	続柄	職業	氏名	年齢	続柄	職業

身元保証人

フリガナ		続柄	男	明治・大正・昭和			
氏名			女	年	月	日生(満	歳)
住所	〒 (筆頭者)						
勤務先	勤続年数			年	電話		

以下、施設側記入欄

受付 No. _____

受付日	令和 年 月 日	受付者 氏名	(印)
特記事項			