

カード No. _____

申込 No. _____

令和 年 月 日

ケアハウス プラスしこうえん

入居申込書

写真添付

スナップ写真
カラー写真可
(3ヶ月以内)

ケアハウス プラスしこうえん 施設長 殿

下記内容にて申したいと思います。

フリガナ 入居希望者氏名	④	男・女	明・大・昭	年	月	日生	才
現住所	〒 -		電話番号 () -				
世帯構成	独居 老人世帯 その他 ()						
ケアマネジャー 情報	担当者名 ()		事業所名 (☎)				
健康 状 況	健康・病弱・持病 ()		HBS 抗原 + -		HCV 抗体 + -		
	通院加療中 (病名) (病院名)						
	最近5年間にかった主な病気 ()						
	身体の障害 有り・無し 有りの場合 (部位)						
	身障手帳 有り・無し 有りの場合 (種 級)						
収 入 状 況	年金等の収入		①種類 () 年金 年間支給額 () 円 ②種類 () 年金 年間支給額 () 円 ③種類 () 年金 年間支給額 () 円				
	不動産の収入		①種類 () 年間所得 () 円 ②種類 () 年間所得 () 円				
	仕送り等		月額 () 円 仕送り者氏名 続柄				
	その他の収入						
支 出 状 況	借入金		①借入金額 円 借入先 続柄 ②借入金額 円 借入先 続柄				
	仕送り等		月額 () 円 仕送り者氏名 続柄				
健康保険種類		本人・扶養家族					

家族状況	続柄	氏名	年齢	離・別	住所	電話番号	職業
					〒		
					〒		
					〒		
嗜好	アルコール 無 ・ 有 () タバコ 無 ・ 有 (1日 本 ・ 箱) ※ 敷地内 (居室も含み)、完全禁煙です。						
住居状況	持家 (戸建 ・ マンション) 借家 (戸建 ・ マンション) 公共住宅 その他 ()						
	広さ 約 m ² ・ 坪				家賃月額 (賃貸の場合のみ記載下さい)		
連帯保証人	氏名	年齢	続柄	住所	電話番号	職業	連絡先電話
	①			〒			
	②			〒			
※連帯保証人のどちらかは、原則プラスしこうえん⇄御自宅の距離が直線距離 50km 以内の方でお願いします。							
契約手続き時の連絡先…いずれかに○をつけて下さい ①本人 ②身元引受人 () ③その他 ()							
ご入居の時期はいつごろをお考えですか (参考) …いずれかに○をつけて下さい。 ① いつでも良い ② 3カ月以内 ③ 6ヶ月以内 ④ 1年以内 ⑤ 1～2年後 当施設の他に入居の申込をされているケアハウスはありますか?…いずれかに○をつけて下さい。 ① ある ② ない 今後他のケアハウスに入居の申込される予定はありますか?…いずれかに○を付けてください。 ① ある ② ない 当施設の体験入居を利用される予定はありますか?…いずれかに○をつけて下さい。 ① ある ② ない ※施設パンフレット「体験入居案内」参照							
その他特記事項							

※ 用紙が足りない場合は該当箇所を明示し、別紙に記入して下さい。

※ 申込時は申込本人の住民票と所得証明書 (写し可) を添えてご提出下さい。

※ 入居申込までに必ず入居希望者ご本人が見学していただきますようお願い致します。

写真	住民票	所得証明	施設長	相談員			

