

カードNo. _____

申込No. _____

入居申込書

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します

令和 年 月 日記入

フリガナ			性別	写真添付欄 上半身 脱帽
氏名			男・女	
生年月日	<input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和	年 月 日 (満 歳)		
現住所	〒 -		本籍地	
			電話	- -
			携帯	- -
配偶者	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 (<input type="checkbox"/> 未婚 <input type="checkbox"/> 離婚 <input type="checkbox"/> 死別)			
世帯構成	<input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 高齢世帯 <input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> その他 ()			
入居動機 (複数可)	<input type="checkbox"/> 一人暮らしで生活が不安な為		<input type="checkbox"/> 独立した生活がしたい為	
	<input type="checkbox"/> 自分の生活を楽しまいたため		<input type="checkbox"/> その他 (下記に記載して下さい)	
収入等	年金	種類	年額	円
	勤労収入	勤務先	年額	円
	不動産収入	<input type="checkbox"/> アパート <input type="checkbox"/> 借家 <input type="checkbox"/> 借地 (駐車場等)	年額	円
	動産収入	<input type="checkbox"/> 預貯金利息 <input type="checkbox"/> 有価証券配当	年額	円
	その他	種類	年額	円
	借入金	借入先	期間	金額
介護保険	<input type="checkbox"/> 認定なし <input type="checkbox"/> 要支援 () <input type="checkbox"/> 要介護 ()			
	<input type="checkbox"/> ケアマネなし			
	<input type="checkbox"/> ケアマネあり (事業所名 担当者 電話)			
医療保険	<input type="checkbox"/> 後期高齢 <input type="checkbox"/> 国民健康保険 <input type="checkbox"/> 他 ()			
身体障害	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (<input type="checkbox"/> 手帳なし <input type="checkbox"/> 手帳あり 種 級 障害名)			
精神疾患	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (疾患名 発症時期 年 月頃)			
既往歴	診断名	発症時期	医療機関・診療科	完治・経過観察
		年 月		
		年 月		
		年 月		
		年 月		

裏面もあります

日常生活	歩行	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 不安 (<input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器・押し車 <input type="checkbox"/> 車椅子)				
	食事	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> スプーン等使用	<input type="checkbox"/> 一人でできない		
	入浴	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 不安 (要介助)	<input type="checkbox"/> 自力でできない		
	着脱衣	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 手助けを受ける	<input type="checkbox"/> 自力でできない		
	視力	<input type="checkbox"/> 見える	<input type="checkbox"/> やや弱い	<input type="checkbox"/> 見えない		
	聴力	<input type="checkbox"/> 聞こえる	<input type="checkbox"/> やや弱い	<input type="checkbox"/> 難聴		
	言語	<input type="checkbox"/> はなせる	<input type="checkbox"/> やや不自由	<input type="checkbox"/> 不自由		
	行動範囲	<input type="checkbox"/> 単独外出可能	<input type="checkbox"/> 自宅回りの散歩程度	<input type="checkbox"/> 屋内のみ		
	洗濯	<input type="checkbox"/> 自分で行う	<input type="checkbox"/> 手助けを受ける	<input type="checkbox"/> 自力でできない		
	掃除	<input type="checkbox"/> 自分で行う	<input type="checkbox"/> 手助けを受ける	<input type="checkbox"/> 自力でできない		
	服薬	<input type="checkbox"/> 自分で行う	<input type="checkbox"/> 手助けを受ける	<input type="checkbox"/> 自力でできない		
嗜好	タバコ	<input type="checkbox"/> 吸わない <input type="checkbox"/> 吸う (1日の量 本) ※敷地内禁煙です				
	アルコール	<input type="checkbox"/> 飲まない <input type="checkbox"/> 飲む (1日の量)				
	氏名	続柄	年齢	住所※	連絡先	職業
第一連帯保証人※				<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居		
第二連帯保証人※				<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居		
親族状況				<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居		
				<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居		
				<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居		
				<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居		
契約連絡	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 連帯保証人① <input type="checkbox"/> 連帯保証人② <input type="checkbox"/> その他 ()					
備考						

※第一連帯保証人はご入居後も一番関わりのある方でおねがいたします。

※住所は同居の場合は住所記載不要です☑

【記入上の注意】

- ・各項目ごとに該当する箇所に☑をつけて下さい。
- ・ () の箇所はできるだけ具体的に記述して下さい。
- ・第一連帯保証人、第二連帯保証人いずれも記入が必要です。
- ・申込書と一緒に住民票及び所得を証明する書類 (写し可) を添えてご提出ください。

写真	住民票	所得証明

施設長	相談員		

入居申込書 (記入見本)

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します

令和 3年 8月 1日記入

フリガナ	プラス ハナコ		性別	
氏名	プラス 花子		男・ <input checked="" type="radio"/> 女	
生年月日	<input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 <input checked="" type="checkbox"/> 昭和	16年 12月 16日 (満 79歳)		
現住所	〒●●●●-●●●● 京都市伏見区●●●●		本籍地	京都府
			電話	●●●●-●●●●-●●●●
			携帯	●●●●-●●●●-●●●●
配偶者	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 (<input type="checkbox"/> 未婚 <input type="checkbox"/> 離婚 <input checked="" type="checkbox"/> 死別)			
世帯構成	<input checked="" type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 高齢世帯 <input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> その他 ()			
入居動機 (複数可)	<input checked="" type="checkbox"/> 一人暮らしで生活が不安な為		<input type="checkbox"/> 独立した生活がしたい為	
	<input checked="" type="checkbox"/> 自分の生活を楽しまいたため		<input type="checkbox"/> その他 (下記に記載して下さい)	
借家の契約更新を機に一人ぐらしでも安心できる環境で過ごしたい				
収入等	年金	種類	国民年金老齢 厚生年金	年額 360,000 円 1,200,000
	勤労収入	勤務先		年額 円
	不動産収入	<input type="checkbox"/> アパート <input type="checkbox"/> 借家 <input checked="" type="checkbox"/> 借地 (駐車場等)		年額 30,000 円
	動産収入	<input type="checkbox"/> 預貯金利息 <input type="checkbox"/> 有価証券配当		年額 円
	その他	種類		年額 円
	借入金	借入先	期間	金額 円
介護保険	<input type="checkbox"/> 認定なし <input checked="" type="checkbox"/> 要支援 (1) <input type="checkbox"/> 要介護 ()			
	<input type="checkbox"/> ケアマネなし <input checked="" type="checkbox"/> ケアマネあり (事業所名●●センター 担当者山本太郎様 電話●●●●-●●●●-●●●●)			
医療保険	<input type="checkbox"/> 後期高齢 <input checked="" type="checkbox"/> 国民健康保険 <input type="checkbox"/> 他 ()			
身体障害	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (口手帳なし <input type="checkbox"/> 手帳あり 種 級 障害名)			
精神疾患	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (疾患名 発症時期 年 月頃)			
既往歴	診断名	発症時期	医療機関・診療科	完治・経過観察
	白内障 (左右)	H30年12月	●●病院 眼科	1回/月 通院服薬中
	椎間板ヘルニア	H20年10月	△△病院 整形外科	1回/週 通院服薬中
		年 月		
		年 月		
	年 月			

裏面もあります

日常生活	歩行	<input type="checkbox"/> 自立 <input checked="" type="checkbox"/> 不安 (<input checked="" type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器・押し車 <input type="checkbox"/> 車椅子)				
	食事	<input checked="" type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> スプーン等使用	<input type="checkbox"/> 一人でできない		
	入浴	<input checked="" type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 不安 (要介助)	<input type="checkbox"/> 自力でできない		
	着脱衣	<input checked="" type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 手助けを受ける	<input type="checkbox"/> 自力でできない		
	視力	<input type="checkbox"/> 見える	<input checked="" type="checkbox"/> やや弱い	<input type="checkbox"/> 見えない		
	聴力	<input checked="" type="checkbox"/> 聞こえる	<input type="checkbox"/> やや弱い	<input type="checkbox"/> 難聴		
	言語	<input checked="" type="checkbox"/> はなせる	<input type="checkbox"/> やや不自由	<input type="checkbox"/> 不自由		
	行動範囲	<input checked="" type="checkbox"/> 単独外出可能	<input type="checkbox"/> 自宅回りの散歩程度	<input type="checkbox"/> 屋内のみ		
	洗濯	<input checked="" type="checkbox"/> 自分で行う	<input type="checkbox"/> 手助けを受ける	<input type="checkbox"/> 自力でできない		
	掃除	<input checked="" type="checkbox"/> 自分で行う	<input type="checkbox"/> 手助けを受ける	<input type="checkbox"/> 自力でできない		
	服薬	<input checked="" type="checkbox"/> 自分で行う	<input type="checkbox"/> 手助けを受ける	<input type="checkbox"/> 自力でできない		
嗜好	タバコ	<input checked="" type="checkbox"/> 吸わない <input type="checkbox"/> 吸う (1日の量 本) ※敷地内禁煙です				
	アルコール	<input checked="" type="checkbox"/> 飲まない <input type="checkbox"/> 飲む (1日の量)				
	氏名	続柄	年齢	住所※	連絡先	職業
第一連帯保証人※	しこう花代	次女	50	<input checked="" type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	●●●●-●●●● -●●●●	パート 職員
第二連帯保証人※	プラス幸太郎	長男	55	<input type="checkbox"/> 同居 <input checked="" type="checkbox"/> 別居 〒●●●●-●●●● 京都府●●市●●●●●●	●●●●-●●●● -●●●●	公務員
親族状況	プラス藤子	長女	56	<input type="checkbox"/> 同居 <input checked="" type="checkbox"/> 別居 〒●●●●-●●●● 東京都●●市●●●●●●	●●●●-●●●● -●●●●	無職 (主婦)
	しこう一郎	次女夫	53	<input checked="" type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居 〒●●●●-●●●● 京都府●●市●●●●●●	●●●●-●●●● -●●●●	会社員
				<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居		
				<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居		
契約連絡	<input type="checkbox"/> 本人 <input checked="" type="checkbox"/> 連帯保証人① <input type="checkbox"/> 連帯保証人② <input type="checkbox"/> その他 ()					
備考	借家の更新時期が近付いている為早い目の面談を希望いたします					

※第一連帯保証人はご入居後も一番関わりのある方でおねがいたします。

※住所は同居の場合は住所記載不要です☑

【記入上の注意】

- ・各項目ごとに該当する箇所に☑をつけて下さい。
- ・ () の箇所はできるだけ具体的に記述して下さい。
- ・第一連帯保証人、第二連帯保証人いずれも記入が必要です。
- ・申込書と一緒に住民票及び所得を証明する書類 (写し可) を添えてご提出ください。

写真	住民票	所得証明

施設長	相談員		