

# 入 居 申 込 書



ケアハウス リバーサイド・ヴィラ

令和 年 月 日

利 用 者	フリガナ		性別	男 ・ 女
	氏 名	印	本籍	(都道府県)
	生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日生 ( 歳)		
	住所	〒 -		

電 話	電話 - -	携 帯	- -
--------	--------	--------	-----

家 族 状 況	続柄	氏 名	現 住 所	年 齢	職 業	別居・同居

身 元 保 証 人 ①	フリガナ		生年月日： 大正・昭和・平成		
	続柄	氏 名	印	年 月 日 ( 歳)	
		住所	〒 -		
			電 話	- -	
		携 帯	- -		

身 元 保 証 人 ②	フリガナ		生年月日： 大正・昭和・平成		
	続柄	氏 名	印	年 月 日 ( 歳)	
		住所	〒 -		
			電 話	- -	
		携 帯	- -		

※ ご本,ご入居までの連絡先が利用者様の連絡先と異なる場合は、下記にご記入下さい。

連 絡 先	続柄	フリガナ	電 話	- -
			携 帯	- -

日常生活	歩行	可能 ・ やや不安 ・ 不可能	排泄	可能 ・ やや不安 ・ 不可能
	食事	可能 ・ やや不安 ・ 不可能	着脱衣	可能 ・ やや不安 ・ 不可能
	入浴	可能 ・ やや不安 ・ 不可能		
健康状態	通院治療中 ( 一人で通院 ・ 付添いと共に通院 )			
	( 病 名 ) ( 病 院 名 )			
	通院回数 ( 月 回 ・ 週 回 ・ 不定期 )			
障害の有無		有 ( 部位 手帳 種 級 ) ・ 無		
要介護度	自立	※自立の方以外は、以下にご記入をお願いいたします。 居宅介護支援事業所名： 担当ケアマネジャー 連絡先 現在利用中の介護保険サービス ( デイサービス：週 回、ホームヘルプサービス：週 回、その他 )		
	要支援1			
	要支援2			
	要介護1			
	要介護2			
	要介護3			
心の状態・その他	心の状態	毎日が不安 ・ 夜間不安 ・ 物忘れがひどい		
	友人	多い ・ 少ない	宗 教	
	趣 味	( ) ( ) ( ) ( )		
	嗜好品	酒(1日 )	タバコ (1日 本)	
生活歴	最終学歴		主な職歴	
	結婚歴	( 有 ・ 無 )	子どもの数 男 ( )人 女 ( )人	
住居状況	持家 ・ 借家 ・ その他 ( )			
	現在の住宅での問題点			
収入	公的年金・恩給等	種類	年額	円
		種類	年額	円
		種類	年額	円
	その他の収入		年額	円
利用料支払	1. 本人負担 2. 一部縁故者 3. 全額縁故者	※ 縁故者が利用料を支払う場合はご記入をお願いいたします。 氏名 ( 続柄 ) 住所 連絡先 ※ 万一、利用者ご本人による支払が不能となった場合は、 身元保証人にお支払いただくことになります。		

※ この申込書は入居を希望される方の心身の状況を把握させていただくためのものです。できるだけ詳しいご記入をお願いいたします。

※ 個人情報決して漏らしませんのでご安心下さい。