

受付日	令和 年 月 日
-----	----------

### ケアハウスサンライフ彦坂 入居申込書

ケアハウスに入居したいので、次のとおり申し込みます。

同意欄	入居判定及び待機者の状況把握に必要な場合は、施設が市町村、地域包括支援センター、居宅介護支援事業所、他の介護保険施設・事業所等から、必要な情報を得ることに同意します。 また、施設が行政機関等からの求めに応じて情報提供することに同意します。 <div style="text-align: right;">令和 年 月 日</div>	
申請者 (連絡先)	住所	氏名
	〒 -	電話 ( )
		携帯 ( )

入居申込者	フリガナ		性別	保険者		
	氏名		男・女	被保険者番号		
	生年月日	大・昭 年 月 日		要介護状態区分	自立・要支援(1・2) 要介護(1・2・3・4・5)	
	現住所	〒 -		要介護認定有効期間	年 月 日から 年 月 日まで	
	居住状況	□自宅	□独居			
			□介護困難家族等と同居			
			□介護可能家族等と同居			
	□高齢者(65歳以上)のみ世帯 □家族が障害や疾病 □家族が就労 □他の家族等の世話(育児等) □その他( )					
	□介護老人保健施設 □介護療養型医療施設 □介護医療院 □介護療養型医療施設以外の病院 □グループホーム □ケアハウス(□特定) □有料老人ホーム(□特定) □サービス付き高齢者向け住宅(□特定) □養護老人ホーム(□特定) □アパート等(建物名: )					
	収入状況	年金・恩給等	種類		年額	円
給与		勤務先		年額	円	
その他の収入		種類		年額	円	
借入金		借入先		年額・期間	円・年	
経費支払	□本人負担 □一部家族 □全額家族 支払者( )・続柄( )					
住環境	□特に問題なし □住居の便所、浴室、階段等の形態や構造が適していないため、生活が困難 □その他( )					
入所希望時期	□今すぐ入所したい □6ヶ月以内に入所したい □1年以内に入所したい □令和 年 月頃(まで・以降)に入所したい □とりあえず申し込みたい					

入居申込者	施設申込状況	<input type="checkbox"/> 当該施設のための申込み <input type="checkbox"/> 他の施設にも申込している(申込している施設名→ ) (申込時期: 年 月 日)			
	身体状況	移動	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> やや不安	<input type="checkbox"/> 要介護 特記( )
		食事	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> やや不安	<input type="checkbox"/> 要介護 特記( )
		入浴	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> やや不安	<input type="checkbox"/> 要介護 特記( )
		排せつ	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> やや不安	<input type="checkbox"/> 要介護 特記( )
		着脱衣	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> やや不安	<input type="checkbox"/> 要介護 特記( )
	健康状態	<input type="checkbox"/> 通院治療中(病名: ) <input type="checkbox"/> 既往歴あり(病名: ) <input type="checkbox"/> 特に問題なし			
医療の状況	<input type="checkbox"/> 経管栄養(胃ろう・経鼻・その他) <input type="checkbox"/> IVH <input type="checkbox"/> インシュリン注射 <input type="checkbox"/> じょく瘡(床ずれ) <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> バルーンカテーテル <input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> 人工膀胱 <input type="checkbox"/> その他( )				
障害状況	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(手帳: <input type="checkbox"/> あり(種類: ) <input type="checkbox"/> なし) (部位: )				
身元保証人①	フリガナ		性別	本人との関係	
	氏名		男・女	生年月日 大・昭・平 年 月 日	
	同居有無	<input type="checkbox"/> 同居している <input type="checkbox"/> 別居している <input type="checkbox"/> その他( )			
身元保証人②	フリガナ		性別	本人との関係	
	氏名		男・女	生年月日 大・昭・平 年 月 日	
	同居有無	<input type="checkbox"/> 同居している <input type="checkbox"/> 別居している <input type="checkbox"/> その他( )			
同居家族	氏名		年齢	歳 本人との関係	
	氏名		年齢	歳 本人との関係	
	氏名		年齢	歳 本人との関係	
	氏名		年齢	歳 本人との関係	
入居希望理由	(該当する項目全てにチェック)	<input type="checkbox"/> 身寄りがなく、介護する者がいないため。 <input type="checkbox"/> 介護する者がいないため。( <input type="checkbox"/> 介護者が長期入院・入所 <input type="checkbox"/> 介護者が遠方に在住) <input type="checkbox"/> 介護する者はいるが、十分な介護力がないため。 (介護者が <input type="checkbox"/> 高齢 <input type="checkbox"/> 要介護・要支援状態 <input type="checkbox"/> 病気療養中 <input type="checkbox"/> 障害がある) <input type="checkbox"/> 介護する者はいるが、介護にあたる時間を十分に確保できないため。 (介護者が <input type="checkbox"/> 就労している <input type="checkbox"/> 他にも介護している <input type="checkbox"/> 育児している) <input type="checkbox"/> 介護する者はいるが、上記以外の理由で介護を行うことが困難であるため。 (理由: ) <input type="checkbox"/> 病院、施設等に入院、入所しているが、退院、退所を促されているため。 ( <input type="checkbox"/> 3か月以内の退院、退所 <input type="checkbox"/> 6か月以内 ) <input type="checkbox"/> その他理由(具体的に)			
備考	担当ケアマネージャー	<input type="checkbox"/> いる ※事業所名( )名前( ) <input type="checkbox"/> いない			
	提出書類	<input type="checkbox"/> 入居申込書(この用紙) <input type="checkbox"/> 住民票(本人のみ) <input type="checkbox"/> 【任意】所得が分かるもの(年金証書の写し、確定申告書等の写し)※契約時には必要です <input type="checkbox"/> 【任意】服薬状況が分かるもの(お薬手帳や薬剤情報書等の写し)※契約時には必要です			

【施設記入欄】
---------