

軽費老人ホーム ケアハウス リバーサイドみさと入居申込書

年 月 日

社会福祉法人 苗場福祉会  
リバーサイドみさと施設長 様

写真貼付

たて 3.0 cm

よこ 2.4 cm

申請者 住 所  
氏 名 ⑤  
利用者との続柄 ( )

次のとおり軽費老人ホームケアハウス リバーサイドみさとの入居を申し込みます。

ふりがな			生年月日	大 正 昭 和	年 月 日 ( 歳 )
氏 名					
現住所	〒 - 行政区 ( )				
本籍地	都・道・府・県	電 話 ( )			
利用料等 経費支払	1. 本人負担	※番号のいずれかに○を、2、3の場合下に記入をお願いします。			
	2. 一部縁故者	〔縁故者の場合〕 住 所 氏 名 続柄 ( ) 職 業			
	3. 全額縁故者				
家族の状況 (近親者)	家族構成図 <small>主介護者に「主」、副介護者に「副」、同居者を○で囲む</small>			介護状況	
介護保険	認定日	認定有効期間	～	介護度	
保険区分	政府・組合・共済・国保・社保・生保・後期高齢者			被保険者	本人・家族
現在利用しているサービス	・ヘルパー(週 回)		・デイサービス	・訪問介護	
	・通所リハビリテーション		・ショートステイ	・配食サービス	
	・福祉用具貸与		・保健師訪問	・その他 ( )	

＜治療中の病気と既往歴＞ 例 平成〇年 高血圧症					現在の住居での問題点				
身体 の 状 況	日常生活	日常生活動作	移 動	自立・一部・介護 ( )		精神 の 状 況	性 格		
			食 事	自立・一部・介護 ( )			対人関係		
			入 浴	自立・一部・介護 ( )			精神障害の有・無	有 ( )・無	
			排 泄	自立・一部・介護 ( )			認知症の有・無	有 ( )・無	
			着 脱	自立・一部・介護 ( )			問題行動	ない・ある・時々ある	
	健康状況	通院治療中	病院		病名	医師名			
			病院		病名	医師名			
			病院		病名	医師名			
			病院		病名	医師名			
			病院		病名	医師名			
最近5年間にかった病気									
身体障害		有 ・ 無	有の場合(部位 、手帳 有・無、 種 級)						
入居希望 の理由		(具体的に)							
居室の希望		一人室 ・ 二人室							
身元保証人	氏 名	本人との関係	住 所 (電 話)		職業・勤務先(電 話)				
			〒						
緊急時連絡先			〒						
			〒						

(注) 1. 記入上の注意 ・各項目の該当するところを○で囲んで下さい。

・( )の箇所は出来るだけ具体的に記述して下さい。

2. 添付書類 ・住民票、前年の「所得・課税証明書」(年金額の記入されたもの)

・年金以外の収入のある方は、その金額証明となるもの

3. この申込書で審査し、適格者と認められた場合は、面接調査の上入居者を決定いたします。

4. 面接通知を受けたときは、保証人とご同行下さい。

年 月 日

社会福祉法人 苗場福祉会  
リバーサイドみさと施設長 様

写真貼付

たて 3.0 cm

よこ 2.4 cm

申請者 住 所 新潟県中魚沼郡津南町大字芦ヶ崎乙355番地  
氏 名 みさと 一郎 印  
利用者との続柄 ( 長 男 )

次のとおり軽費老人ホームケアハウス リバーサイドみさとの入居を申し込みます。

ふりがな	みさと たろう	生年月日	大 正 昭 和	15 年 1 月 23 日 ( 〇〇 歳 )
氏 名	みさと 太郎			
現住所	〒 949 - 8202 新潟県中魚沼郡津南町大字芦ヶ崎乙355番地 行政区( 小下里 )			
本籍地	新潟 都・道・府・県 電 話 025 ( 765 ) 5211			
利用料等 経費支払	1. 本人負担	※番号のいずれかに○を、2、3の場合下に記入をお願いします。		
	2. 一部縁故者	〔縁故者の場合〕 住 所 氏 名 続柄( ) 職 業		
	3. 全額縁故者			
家族の状況 (近親者)	家族構成図 主介護者に「主」、副介護者に「副」、同居者を○で囲む		介護状況	
介護保険 認定日〇月〇日		設定有効期間	令和〇年〇月〇日 ~ 令和〇年〇月〇日	介護度
保険区分	政府・組合・共済・国保・社保・生保・後期高齢者	被保険者	要支援1	
現在利用しているサービス	・ヘルパー(週 回) ・ <u>デイサービス</u> ・ <u>訪問介護</u> ・通所リハビリテーション ・ショートステイ ・配食サービス ・福祉用具貸与 ・保険師訪問 ・その他( )			

<治療中の病気と既往歴> 例 平成〇年 高血圧症					現在の住居での問題点					
平成11年		肺気腫		火の後始末ができない。						
平成12年		糖尿病								
身体 の 状 況	日常生活	日常生活動作	移 動	<u>自立</u> ・一部・介護( )	精神 の 状 況	性 格	明朗・活発			
			食 事	<u>自立</u> ・一部・介護( )		対人関係	拒否的・普通・ <u>協調的</u>			
			入 浴	<u>自立</u> ・一部・介護( )		精神障害の有・無	有( )	<u>無</u>		
			排 泄	<u>自立</u> ・一部・介護( )		認知症の有・無	有( )	<u>無</u>		
			着 脱	<u>自立</u> ・一部・介護( )		問題行動	<u>ない</u> ・ある・時々ある			
	健康状況	通院治療中	病院 〇〇病院		病名	肺気腫		医師名	〇〇医師	
			病院		病名			医師名		
			病院		病名			医師名		
			病院		病名			医師名		
			病院		病名			医師名		
最近5年間にかった病気 肺気腫										
身体障害		有 ・ <u>無</u>		有の場合(部位 、手帳 有・無、 種 級)						
入居希望 の理由		(具体的に) 現在一人で暮らしていて、火の後始末や、身の回りのことが出来ているのか心配なため、 入居を希望します。								
居室の希望		一人室 ・ 二人室								
身元保証人		氏 名	本人との関係	住 所 (電 話)		職業・勤務先(電 話)				
		身元を保証できる方	長 男	〇〇県〇〇市〇〇番地 〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇		介護職 リバーサイドみさと 025-765-5211				
緊急時連絡先		1時間以内で施設に 来られる方	次 男	〇〇県〇〇市〇〇番地 〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇		建設業 〇〇建設 〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇				
		みさと 和子	長 女	〇〇県〇〇市〇〇番地 〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇		主婦 自宅 〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇				

(注) 1. 記入上の注意 ・各項目の該当するところを○で囲んで下さい。

・( )の箇所は出来るだけ具体的に記述して下さい。

2. 添付書類 ・住民票、前年の「所得・課税証明書」(年金額の記入されたもの)

・年金以外の収入のある方は、その金額証明となるもの

3. この申込書で審査し、適格者と認められた場合は、面接調査の上入居者を決定いたします。

4. 面接通知を受けたときは、保証人とご同行下さい。