

## 特定ユニット型ケアハウス「玉沢昭寿園」入居申込書

社会福祉法人 伊豆社会福祉事業会

特定ユニット型ケアハウス「玉沢昭寿園」施設長 殿



私は次の通り、特定ユニット型ケアハウス「玉沢昭寿園」に入居を申し込みます。

フリガナ										
氏 名	Ⓜ					男・女				
生年月日	大・昭	年	月	日生	年齢	歳				
現住所	(〒 - )									
電話番号	( ) -									
生活形態	1. 1人暮らし(持家、賃貸、その他)    2. 夫婦のみ    3. 家族と同居( )人									
現在の生活場所	1. 自宅    2. 病院( )    3. 老人施設( )    4. その他( )									
入居希望の理由										
入居希望時期	(1)なるべく早く入居したい (2)いずれ入居したい(いつ頃 )									
連帯保証人	氏名		続柄		生年月日	年 月 日生				
	住所	〒								
	電話	( ) -			携帯電話	- -				
身元保証人	氏名		続柄		生年月日	年 月 日生				
	住所	〒								
	電話	( ) -			携帯電話	( ) -				
緊急時の 連絡先	氏名		続柄		電話	ご自宅	( ) -			
						携帯	( ) -			
	氏名		続柄		電話	ご自宅	( ) -			
						携帯	( ) -			

様式 1-2

		氏名												
要介護度	自立 要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5 申請中													
介護保険認定の有効期間		平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで												
介護保険	保険者名	市・(区) 町・村		被保険者番号										
ケアマネジャー	事業所			担当者名										
身体 の 状 況 等	疾病	無・有	有りの場合 病名 ( ) 医療機関名 ( ) 通院回数 回 / 月											
	視力	1. ふつう 2. やや難 3. 難 ( 白内障手術 ・ 未 ・ 済み )												
	聴力	1. ふつう 2. やや難 3. 難 ( 補聴器 有 ・ 無 )												
	言語	1. ふつう 2. やや難 3. 難												
	歩行	1. 自立 2. 一部介助 3. 全介助 ( 杖 ・ 歩行器 ・ 車椅子 )												
	食事	1. 自立 2. 一部介助 3. 全介助 ( 普通食 ・ きざみ食 ・ ミキサー食 )												
	入歯	1. 無 2. 有												
	入浴	1. 自立 2. 一部介助 3. 全介助 ( 一般浴 ・ 特殊浴 )												
	排泄	1. 自立 2. 一部介助 3. 全介助 ( ポータブルトイレ ・ 紙パンツ ・ オムツ )												
	着脱衣	1. 自立 2. 一部介助 3. 全介助												
	体の状態	(麻痺等)	1. 無 2. 有 (部位 )											
	認知症	1. 無 2. 有 (症状 )												
	特記事項													
障害者手帳	1. 無 2. 有 (部位 ) ( 級 )													
性格	長所													
	短所													
収入状況	年金、恩給等	種類			年額								円	
	その他の収入	種類			年額								円	
利用料金の負担者		1. 本人 2. 一部縁故者 続柄( ) 3. 全額縁故者 続柄( )												

親 族 の 構 成						
氏名						
	氏名	年齢	続柄	住 所	電話番号	職 業
家族同居						
子供別居						
兄弟						
親族						
【備考】						