

(様式1)

ケアハウス らんの家 入居申込書

参 考

申 込 日	年 月 日	受 付 日	年 月 日
※受付後5年間保存します。		受付担当者	

施設長 殿

申込者（連絡先）

■の色が付いている所を必ず記入して下さい。

□のリストは、該当するもの全てに☑をお願い致します。

住 所	〒		
(フリガナ) 氏 名	続柄 ()	電話番号	
		携帯電話	

特定施設入居者生活介護（ケアハウス）に入居したいので、次のとおり申し込みます。

入居希望者の状況	(フリガナ)		性 別	男	女	
	氏 名		住民登録	市・区・町・村		
	現 住 所	〒		電話		
	生 年 月 日	明・大・昭	年	月	日 (歳)	
	健 康 保 険	種 別	<input type="checkbox"/> 後期高齢医療保険	<input type="checkbox"/> 共済保険	その他受給者証	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
			<input type="checkbox"/> 組合保険	<input type="checkbox"/> その他	生活保護の需給	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	年 金 等	種 別	<input type="checkbox"/> 老齢基礎年金	<input type="checkbox"/> 老齢厚生年金	<input type="checkbox"/> 障害基礎年金	<input type="checkbox"/> 障害厚生年金
			<input type="checkbox"/> 遺族基礎年金	<input type="checkbox"/> 遺族厚生年金	<input type="checkbox"/> 老齢福祉年金	<input type="checkbox"/> 恩給 <input type="checkbox"/> その他
	障 害 手 帳 等	種 別	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 (級) 肢体・視覚・聴覚・その他 ()			
	要 介 護 認 定	<input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5				
<input type="checkbox"/> 要支援1 <input type="checkbox"/> 要支援2						
ケアマネージャー	事業所名		氏 名			
現在利用している施設サービス等 (現在の生活場所)	<input type="checkbox"/> 介護老人保健施設、介護療養型医療施設、病院等に入所（入院）している <input type="checkbox"/> 養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム等に入所（入居）している <input type="checkbox"/> 自宅で暮らしている (施設に入所（入居・入院）している場合)					
	施設名又は病院名 (所在地)	市・区・町・村				
	入所又は入院期間	年 月 日				

その他	入居を希望する時期	<input type="checkbox"/> 今すぐ入居をしたい <input type="checkbox"/> 半年ぐらい先には入居したい <input type="checkbox"/> 1年ぐらい先には入居したい <input type="checkbox"/> 将来的に必要な時に入居したい
	他施設の申込み状況	<input type="checkbox"/> 当該施設にのみ申し込んでいる <input type="checkbox"/> 他の施設にも申し込んでいる 他施設名 _____ _____ _____

備考	本入居申込書に記載した事項あるいは記載項目にない事項等で、特に優先的な入居を考慮する必要がある場合は、その状況についてご記入ください。

おねがい	入居希望者の要介護度や家族等の介護者の状況など、本入居申込書に記載した事項等が変わった場合、死亡された場合、あるいは他の特定施設（ケアハウス）等に入所した場合は、必ず当施設に連絡をしてください。
------	---

同意確認欄	<input type="checkbox"/> 入居申込みに関する情報について、市町村又は県から状況把握のために提示を求められた場合には、施設がこれを提示することについて同意します。 <input type="checkbox"/> 入居要件の判定や入居の必要性の高さを判断するために必要がある場合には、入居申込みに関する情報を施設が市町村に提示して意見を求め、報告を行うことについて同意します。 <input type="checkbox"/> 申込みから2年を経過した後、施設からの連絡に対して応答がなく施設が入居希望者の状況を把握することができない場合には、本申込みを無効とすることについて同意します。
	入居希望者氏名 _____ (印) 申込者氏名 _____ (印)

説明確認欄	私は、入居申込みに際し、入居申込みから入居契約までの手続き及び入居順位の決定方法について、施設から説明を受けました。
	_____ (本人との続柄) _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 氏名 _____ (印) _____ ()