



# 入居申込書 (居室No. )

サービス付き高齢者向け住宅 マイラシック南郷

下記により入居申込みをします。入居するのは[1名・2名 (夫婦・その他 )]です。  
※夫婦室にお申込みの場合は各1枚ずつのご記入をお願いいたします。

\* 選択項目については、まるで囲むか □欄にレ印を入れてください。 令和 年 月 日

入居希望者の氏名	(ふりがな)	性別	生年月日					
現在お住まいの住所	〒	男・女	M・T・S	年	月	日生(満 歳)		
お一人だけのお申し込みの場合は、お一人だけのお申し込みの構成です。	お申込者ご連絡先	名前	住所	電話	続柄			
	ご家族等の状況	氏名	年齢	続柄	住所	連絡先	同居・別居	
		運帯保証人			〒			同・別
		勤務先						
身元引受人			〒			同・別		
勤務先								
緊急連絡先			〒			同・別		
勤務先								
要介護等認定	□認定なし □要支援1 □要支援2 □要介護1 □要介護2 □要介護3 □要介護4 □要介護5							
介護サービス利用	□利用なし □利用あり(利用サービス名 )							
障害手帳	□なし □あり (種別 : □1種 □2種 □1 □2 □3 □4 □5 □6 □7 級 )							
身 体 状 況	日常生活の状況	移 動	□問題なく自分でできる		□自分でできるがやや不安		□介助があればできる	
		食 事	□問題なく自分でできる		□自分でできるがやや不安		□介助があればできる	
		排 泄	□問題なく自分でできる		□自分でできるがやや不安		□介助があればできる	
		衣服着脱	□問題なく自分でできる		□自分でできるがやや不安		□介助があればできる	
		入 浴	□問題なく自分でできる		□自分でできるがやや不安		□介助があればできる	
		洗濯・掃除	□問題なく自分でできる		□自分でできるがやや不安		□介助があればできる	
健 康 状 態	現在治療中の病気			現在飲んでいる薬				
	□なし □あり(病名及び病院名)							
	(最近5年間にかった病気、その他健康上で気がかりなこと)							

収入等の状況 (複数選択可)	□年金 [□国民年金 □厚生年金 □共済年金(種別: )]			年金の額: 万円
	□その他[□給与 □賃料・利子等 □仕送り □その他( )]			預 金: 万円
料金負担形態	□全額ご本人負担 □一部縁故者負担(負担額 年約 万円)		□全額縁故者等負担	
	縁故者等が負担の場合	縁故者等氏名1	縁故者等氏名2	縁故者等氏名3
入居後のサービス利用についてのご希望	居室のご希望		給食のご希望	
	□単身用 □夫婦用		□なし □あり (□朝 □昼 □夕)	
			□あり □なし ロッカーNo.	
併設訪問介護事業所のご利用の希望				
□なし □あり[□掃除・洗濯 □通院等外出随行 □入浴 □整容等 □その他( )]				

※以下は入居後に快適に暮らしていただくためにお答えいただきたいアンケートです。支障のない範囲でお答えください。

ご入居を希望される理由	□一人暮らしが不安 □食事や家事等が負担 □家族に迷惑や心配をかけたくない			
	□その他( )			
趣 味				
ご入居後の希望や要望				
その他なにかございましたら、ご自由にご記入ください。				
当社記入欄	ポスト	No.	靴箱	No.
(記入者 )				

※ご提供いただいた個人情報については、個人情報保護に関する法令等を遵守し、入居審査及び入居後のサービス提供のためにのみ使用し、ご本人の事前の同意なく第三者へ提供することはいたしません。