

入居申込書 (No.)

下記により入居申込をします。入居するのは〔□1名・□2名〔□夫婦・□その他()〕です。
令和 年 月 日

※ 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。

入居希望者の氏名	(ふりがな)		性別	生年月日			
			男・女	M・T・S	年	月	日生 (満 歳)
現在お住まいの住所	〒			電話			
一枚二人だけのお記申入しで込み構の場すは	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	
	連帯保証人の方は◎印、身元引受人の方は○印にご記入ください。	◎			〒		同居・別居
						勤務先	同・別
		○			〒		同・別
					勤務先	同・別	
			〒		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						
身障手帳	□なし □あり (種別 : □1種 □2種 □1 □2 □3 □4 □5 □6 □7 級)						
介護サービス利用	□利用なし □利用あり (利用サービス名)						
日常生活の状態	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、清掃等	□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					
	目または耳	□問題ない □やや不安(目・耳) □かなり不安(目・耳)					
身体状況	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)						
健康状態	(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:)〕		年金の年額:	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 □一部縁故者等負担(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
利入居に後ついで社サービス希望	居室のご希望	給食のご希望	駐車場使用のご希望	物置使用のご希望
	□単身用 □夫婦用	□なし □あり〔□朝 □昼 □夕〕	□あり □なし	□あり □なし
	併設介護事業所のご利用の希望			
	□なし □あり〔□清掃・洗濯 □通院等外出随付 □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。

マイラシック塩谷を知ったきっかけ (いくつでも)	□広報「おたる」の広告 □ケアマネージャーなどひとからの薦めまたは紹介 □中央バスの車内放送 □中央バスの車内広告 □中央バスの時刻表広告 □新聞折込チラシ □パンフレット □インターネットのホームページ等 □その他〔)
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 (いくつでも)	□テレビ(・ニュース・ドラマ・バラエティ) □読書 □カラオケ □音楽鑑賞 □スポーツ観戦 □庭いじり □華道 □書道 □絵画 □俳句・短歌・詩吟等 □その他〔)
職歴又は生活歴	□公務員 □教員 □サラリーマン □自営業 □主婦 □その他 (さしさわりのない範囲で職歴又は生活歴の概要をご記入下さい。)
ご入居後の希望や要望	
その他ご意見等ございましたら、ご記入ください。	
当社記入欄	(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。