

入居申請書

令和 年 月 日

社会福祉法人 祥寿園

軽費老人ホーム 福海苑

施設長 殿

申請者 _____

軽費老人ホーム福海苑の利用を希望しますので申請します。

利用者	氏名	ふりがな	生年月日	<input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和	年 月 日 歳	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
	住所	(〒 -)			【 本籍: 県 】	電話

連絡先	氏名	ふりがな	生年月日	<input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和	年 月 日 歳	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
	住所	(〒 -)			【 本籍: 県 】	電話
①	勤務先					電話

連絡先	氏名	ふりがな	生年月日	<input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和	年 月 日 歳	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
	住所	(〒 -)			【 本籍: 県 】	電話
②	勤務先					電話

申込理由	
------	--

履 歴 ・ 収 入 ・ 親 族 状 況 (記 入 例)

主 な 履 歴	生活歴	結婚歴 <input type="radio"/> 有 ・ <input type="radio"/> 無		子供の人数 2人		
		大正〇年下関市生まれ、〇年結婚。子供を2人出産。				
		〇年に夫他界、その後は一人暮らし。				
		〇年 交通事故にて〇〇病院入院。				
		〇年 骨折の為〇〇病院入院。				
	職 歴	〇〇才まで専業主婦				
		〇〇才～〇〇才 (株)〇〇建設にて事務				
		〇〇才～ 農業				
	その他	趣味	カラオケ		宗教	浄土真宗
		お酒	飲む ・ 飲まない <input type="radio"/>		たばこ	<input type="radio"/> 吸う ・ <input type="radio"/> 吸わない

▼該当するものに〇をつけて下さい

収 入	年金	<input type="checkbox"/>	国民年金	年額	円
		<input type="radio"/>	厚生年金	年額	1,000,000 円
		<input type="checkbox"/>	恩 給	年額	円
		<input type="checkbox"/>	その他の年金	年額	円
	その他	<input type="radio"/>	動産・不動産からの収入	年額	500,000 円
		<input type="checkbox"/>	その他	年額	円
利用料の負担		<input type="radio"/> 全額本人 ・ <input type="radio"/> 一部家族 ・ <input type="radio"/> 全額家族			

親 族 等	氏名	年齢	続柄	住所	電話
		〇〇 〇〇	55	長男	下関市〇〇町
	〇〇 〇〇	50	次男	山口市〇〇町	〇〇-〇〇〇〇
	〇〇 〇〇	80	妹	下関市〇〇町	〇〇-〇〇〇〇

履歴・収入・親族状況

主 な 履 歴	結婚歴	<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無	子どもの人数	人
	生活歴			
	職歴			
	その他	趣味		宗教
	お酒	<input type="checkbox"/> 飲む ・ <input type="checkbox"/> 飲まない	たばこ	<input type="checkbox"/> 吸う ・ <input type="checkbox"/> 吸わない

▼該当するものに○をつけて下さい

収 入	年金	国民年金	年額	円
		厚生年金	年額	円
		恩給	年額	円
		その他の年金	年額	円
	その他	動産・不動産からの収入	年額	円
		その他(生活保護)	年額	円
利用料の負担		<input type="checkbox"/> 全額本人	<input type="checkbox"/> 一部家族	<input type="checkbox"/> 全額家族

親 族 等	ふりがな 氏 名	生年月日	年 齢	続 柄	住 所	電 話
			年 月 日			〒(—)
		年 月 日			〒(—)	
		年 月 日			〒(—)	
		年 月 日			〒(—)	

身体状況について

健康状態

1.現在、病院にかかっていますか？ はい ・ いいえ

<はい>の場合、病名と病院名

[]

2.現在、飲んでいる薬がありますか？ はい ・ いいえ

<はい>の場合、わかれば薬の種類

[]

3.今までに、重い病気や手術で入院したことがありますか？ はい ・ いいえ

<はい>の場合、病名と病院名

[]

4.要介護認定を受けていますか？ はい ・ いいえ

<はい>の場合

[要支援1 要支援2 要介護1 要介護2]

5.身体障害者手帳をお持ちですか？ はい ・ いいえ

<はい>の場合

[種 級 ・ 障害名]

生活状況

▼該当するところに☑して下さい。

◎	視 力	<input type="checkbox"/> 生活に支障なし	<input type="checkbox"/> 見えにくい
◎	聴 力	<input type="checkbox"/> 生活に支障なし	<input type="checkbox"/> 聞こえにくい
◎	移 動	<input type="checkbox"/> 一人で安定	<input type="checkbox"/> やや不安定 <input type="checkbox"/> 歩行器・老人車の利用
◎	入 浴	<input type="checkbox"/> 一人で可能	<input type="checkbox"/> 支援が必要
◎	排 泄	<input type="checkbox"/> 一人で可能	<input type="checkbox"/> ポータブルトイレを利用 <input type="checkbox"/> パット・オムツ等の利用
◎	更 衣	<input type="checkbox"/> 一人で可能	<input type="checkbox"/> 支援が必要
◎	洗 濯	<input type="checkbox"/> 一人で可能	<input type="checkbox"/> 支援が必要
◎	部屋の掃除	<input type="checkbox"/> 一人で可能	<input type="checkbox"/> 支援が必要
◎	服 薬	<input type="checkbox"/> 一人で可能	<input type="checkbox"/> 支援が必要

令和 年 月 日 現在