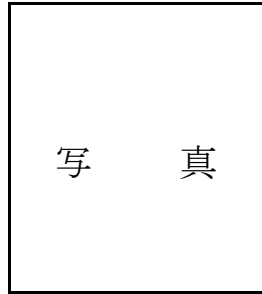


平成 年 月 日

# ケアハウス利用申込書

社会福祉法人 みな福祉会  
ケアハウス 悠う湯ホーム  
施設長 山中章司様



ケアハウス悠う湯ホームを利用したいので次のとおり申し込みます。

利用方法	二人部屋 ・ 個室		
フリガナ			
氏名	Ⓜ	性別	男 ・ 女
生年月日	明・大・昭	年	月 日 歳
現住所	〒 TEL:		
本籍			
申込事由			
学歴	大卒 ・ 高卒 ・ 中卒 ・ 小卒 ・ その他 ( )		
職歴	主なもの		
結婚歴	有 ・ 無 配偶者 ( 同居 ・ 別居 ・ 離婚 ・ 死別 )		
住居状況	自家 ・ 借家 ・ アパート ・ その他 ( )		

収入状況	年金等収入	種類	年額	円
	給与等収入	勤務先	年額	円
	不動産収入		年額	円
	利子等収入			円
	その他収入		年額	円
経費支払者	1. 本人負担		2. 一部縁故者	3. 全額縁故者
	縁故者（2・3の方） [本人との関係： ]			
氏名：				
住所：				
職業： TEL：				
趣味・特技				
喫煙	1日	本程度	飲酒	1日
				程度
車等の持込希望	有（車種： ） ・ 無			
保険	健康保険（有・無）	老人医療（有・無）	国民健康保険（有・無）	
家族状況				
続柄	氏名	続柄	氏名	

# 身体状況調書

介護認定状況	要介護状態区分		
	自立(非該当)・要支援(1・2)・要介護(1. 2. 3. 4. 5)		
	保険者の名称		
	認定の有効期間	平成 年 月 日～平成 年 月 日	
	居宅介護支援事業者又は介護予防支援事業者の名称		
日常生活	歩 行	自力で可能 ・ 杖歩行 ・ 車椅子 ・ 全介助	
	食 事	自力で可能 ・ 一部介助必要 ・ 全介助	
	排 泄	自力で可能 ・ 一部介助必要 ・ 全介助	
	入 浴	自力で可能 ・ 一部介助必要 ・ 全介助	
	着 脱	自力で可能 ・ 一部介助必要 ・ 全介助	
健康状態	[ 健全 ・ 病弱 ] / 持病(病名: )		
	通院治療中 [ 有 ・ 無 ]		
	病 名 :		
	病 院 名 :		
	最近かかった病気 :		
	視 力	普 通 ・ やや悪い ・ 全 盲	
	聴 力	普 通 ・ やや難聴 ・ 難 聴	
	言 語	普 通 ・ 少し不自由 ・ 不自由	
認知症	なし ・ 軽度 ・ 中度 ・ 重度	問題行動	無 ・ 有( )
身体障害	身体障害 [ 有 ・ 無 ]		
	障害部位 [ ]		
	手 帳	[ 有 ・ 無 ]	種 級

# 保証人調書

保証人 ①	住所	
	氏名	
	本人との関係	
	生年月日	明・大・昭・平 年 月 日 歳
	職業	
	前年度所得	
	連絡先	自宅： / 勤務先： 携帯：
保証人 ②	住所	
	氏名	
	本人との関係	
	生年月日	明・大・昭・平 年 月 日 歳
	職業	
	前年度所得	
	連絡先	自宅： / 勤務先： 携帯：