写

真

利用申込書

様式１

社会福祉法人　小矢部福祉会　理事長　殿

　　　　年　　　　月　　　　日

次のとおりケアハウスおやべの利用を申し込みます。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 利用希望者  氏　　　名 | フリガナ | | | | | | 性別 | | 生年月日 | | | | 年齢 |
| 印 | | | | | | 男  女 | | 大・昭　　　年　　月　　日 | | | | 満　　歳 |
| 居室の希望 | □１人室 □２人室 | | | | 入居希望日 | | 年　　　月　　　日頃 | | | | | | |
| 現　住　所 | 〒　　　－ | | | | | | | | | | 電話  番号 | (　　　)　　－ | |
| 介護認定  状　　　況 | □認定済  □未申請 | | □自立 □要支援 □要介護１ □要介護２ □要介護３ □要介護４ □要介護５  支援事業所名（　　　　　　　　　　　　　）担当ケアマネ（　　　　　　　　）  利用中サービス（デイ　　回／週、ホームヘルプ　　回／週、その他　　　　　） | | | | | | | | | | |
| 健康状態 | □良好  □普通  □病弱 | 通　院 | | □有  □無 | | 病　名（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  病院・医院名（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | |
| 服　薬 | | □有  □無 | | 薬剤名（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  薬剤名（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | |
| 最近５年間に罹った病気 | | | | | 病　名（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  病　名（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | |
| 障害者手帳 | | | □有  □無 | | 手帳の種類：□身体 □療育 □精神  部位（　　　　　　　　　　　　　　）等級（　　　種　　　級） | | | | | | | |
| 視　 力 | めがね | | □有  □無 | | □普通 □やや見えにくい □非常に見えにくい | | | | | | | |
| 聴 　力 | 補聴器 | | □有  □無 | | □普通 □やや聴こえにくい □非常に聴こえにくい | | | | | | | |
| アレルギー | | | □有  □無 | | 食　物（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | |
| 精神状態 | 性　　格 | |  | | | | | 対人関係 | | □１人が好き □協調的 □大勢が好き | | | |
| 精神状況 | | □正常 □精神障害あり | | | | | 問題行動 | | □ない □時々ある □ある | | | |
| 日常生活行動の状況 | 発　　語 | | □普通 □やや発語しにくい □非常に発語しにくい | | | | | | | | | | |
| 歩　　行 | | □普通にできる □杖使用 □歩行器使用 □車椅子使用 □全介助必要 | | | | | | | | | | |
| 着 替 え | | □普通にできる □なんとか自力でできる □一部介助必要 □全介助必要 | | | | | | | | | | |
| 排　　泄 | | □普通にできる □なんとか自力でできる □なんとか自力でできる（パット使用）  □介助必要（便器使用） □介助必要（オムツ使用） | | | | | | | | | | |
| 入　　浴 | | □普通にできる □なんとか自力でできる □一部介助必要 □全介助必要 | | | | | | | | | | |
| 食　　事 | | □普通にできる □なんとか自力でできる □一部介助必要 □全介助必要 | | | | | | | | | | |
| 行動範囲 | | □普通にできる □家の周囲だけ □家の中だけ □自室・寝床だけ | | | | | | | | | | |
| 家事全般 | | □普通にできる □なんとか自力でできる □一部介助必要 □全介助必要 | | | | | | | | | | |
| 趣味・嗜好 | 趣　　味 | |  | | | | | | | | | | |
| 嗜　　好 | | 酒（１日　　　合）ビール（１日　　　本）タバコ（１日　　　　本） | | | | | | | | | | |

（注）１．記入上の注意　①項目毎に該当する□にチェックをしてください。

　　　　　　　　　　　　②（　　　　）の箇所は出来るだけ具体的に記述してください。

③貼付する写真の大きさはタテ３cm横２.４cmぐらいのもの

　　　２．添付書類 ①健康診断書　②確定申告書の写し又は所得・課税証明書　③住民票

④健康保険証の写し　⑤介護保険証（介護認定を受けている場合）の写し

⑥ケアプラン及び基本情報（介護サービスを受けている方）

　　　３．利用申込書及び添付書類の必要な書類が全てご提出をいただいた時点で、申込みを受理します。

４．申込みの受理後、面接調査の日程調整を行います。

　　　５．面接には、身元保証人が必ずご同行ください。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 収入状況 | 年金・恩給等 | | 種　類（　　　　　　　　　　　　　　　　）年額（　　　　　　　　　　円）  種　類（　　　　　　　　　　　　　　　　）年額（　　　　　　　　　　円） | | | | | | | | |
| 給　　　　与 | | 勤務先（　　　　　　　　　　　　　　　　）月額（　　　　　　　　　　円） | | | | | | | | |
| 不動産収入 | | 種　類（　　　　　　　　　　　　　　　　）月額（　　　　　　　　　　円） | | | | | | | | |
| 利子配当収入 | | 種　類（　　　　　　　　　　　　　　　　）月額（　　　　　　　　　　円） | | | | | | | | |
| その他の収入 | |  | | | | | | | | |
| 利用料等  経費支払 | □本人負担 □一部縁故者 □全額縁故者  縁故者　住所（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  氏名（　　　　　　　　　　　　）続柄（　　　）職業（　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | |
| 住居状況 | □持ち家 □公営住宅 □借家 □アパート □貸間・下宿等 □その他（　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | |
| 自家用車 | □運転する □運転しない | | | | | 専用駐車場 | | | □使用する □使用しない | | |
| 家族状況 | □既婚  □未婚 | 配偶者（満　　歳、住所　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　□死亡） | | | | | | | | | |
| 子ども（男　　人、女　　人）兄弟姉妹ほか（　　　　　　　人、　　　　　　人） | | | | | | | | | |
| 家族の状況  （近親者） | 続柄 | 氏　名 | | | 年齢 | | | 住　　所 | | 職　業 | 居住 |
|  |  | | |  | | |  | |  | 同居  別居 |
|  |  | | |  | | |  | |  | 同居  別居 |
|  |  | | |  | | |  | |  | 同居  別居 |
|  |  | | |  | | |  | |  | 同居  別居 |
|  |  | | |  | | |  | |  | 同居  別居 |
| 利用の理由 | （具体的に） | | | | | | | | | | |
| 身元保証人 | （ﾌﾘｶﾞﾅ）  氏　名 | | | 続柄 | | | 住　　所  （電話番号） | | | 職業／勤務先  （電話番号） | |
|  | | |  | | | （自宅　　　　　　　　　　）  （携帯　　　　　　　　　　） | | | (勤務先　　　　　　　) | |
|  | | |
|  | | |  | | | （自宅　　　　　　　　　　）  （携帯　　　　　　　　　　） | | | (勤務先　　　　　　　) | |
|  | | |