利用申込書（第1号様式）

入　　居　　申　　込　　書

社会福祉法人　彩咲会

ケアハウス　アンデルセンの丘　施設長　様

以下の通り別紙を添えて申込みいたします。

申し込み年月日　　令和　　　年　　　月　　　日

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 申込みまたは入所決定の連絡先 | ふりがな  氏名 |  | |
|  | |
| 入所希望者  との続柄 |  | |
| 住所 |  | |
| 連絡先 |  | |
|  | | | |
| 入所希望者 | ふりがな  氏名 |  | （男・女） |
|  |
| 生年月日 | 大正　・　昭和　　　　年　　　　月　　　　日 | |
| 住所 | 〒 | |
| 電話番号 |  | |
| 現在の居住  場所 | （施設入所中・医療機関入院中など上記現住所と違う場所に記入） | |
|  | | | |
| 入所希望の理由 | ※現在困っていること、現在の生活の様子など、記入して下さい。欄が不足の際は任意に付加してください。 | | |

利用申込書（第1号用紙）

**入所希望者状況書（利用申込書第1号様式－別紙）**

わかる範囲でご記入下さい。①欄の身元保証人は必ずご記入ください。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. 家族など連絡先～身元保証人（最低2名）は「保」欄に必ず丸印をしてください | | | | | | | | |
| 保 | 続柄 | |  | | | 住所　・　連絡先 | | |
|  |  | |  | | |  | | |
|  |  | |  | | |  | | |
|  |  | |  | | |  | | |
|  |  | |  | | |  | | |
|  | | | | | | | | |
| 1. 健康状態 | | | | | | | | |
| かかりつけ医療機関  （主治医） | | | | | 病院名：  主治医氏名：  主病名： | | | |
| 入院・通院 | | 病名 | | | | | 発症年月 | 医療機関名 |
|  | |  | | | | |  |  |
|  | |  | | | | |  |  |
|  | |  | | | | |  |  |
|  | | | | | | | | |
| 1. 社会福祉制度、サービス | | | | | | | | |
| 身体障害者福祉手帳 | | | | □なし　　□あり（　　　種　　　級）  　部位・名称（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | |
| 介護保険  要支援・要介護状態区分 | | | | □　非該当　　□　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  （居宅介護支援事業所等：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | |
| その他 | | | |  | | | | |
|  | | | | | | | | |
| 1. 経済状況 | | | | | | | | |
| 年間所得  所得の内容と金額 | | | |  | | | | |
| 控除額 | | | |  | | | | |
|  | | | | | | | | |
| お問い合わせ・提出先  〒059-0028登別市富岸町1丁目7-8  社会福祉法人彩咲会　ケアハウス　アンデルセンの丘  電話　0143-88-2272　FAX　0143-88-2273  担当　生活相談員　髙橋 | | | | | | | | |

※ご注意ください　　　この申し込み書の提出を持って、入所が決定したことにはなりません。入所の決定は、社会福祉法人彩咲会の規定に基づき当施設で構成する入所判定委員会が客観的に選考し、決定します。順番になりましたら、ご連絡を差し上げますので、詳しい状況をお聞きし、施設入所利用について契約、ご説明させていただきます。本書の記載事項に変更の事実が生じた際はお早めにご連絡ください。