

(様式1)

利用申込書

写
真

社会福祉法人 小矢部福祉会 理事長 あて

令和 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	昭和	年 月 日	満 歳
居室の希望	<input type="checkbox"/> 1人室 <input type="checkbox"/> 2人室	入居希望日	令和 年 月 日頃		
現住所	〒 -		電話番号	() -	
介護認定 状況	<input type="checkbox"/> 認定済 <input type="checkbox"/> 未申請	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 要支援 <input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 病弱	通院	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	病名() 病院・医院名()	
		服薬	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	手帳の種類： <input type="checkbox"/> 身体 <input type="checkbox"/> 療育 <input type="checkbox"/> 精神 部位()等級(種 級)		
	視力	めがね	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> やや見えにくい <input type="checkbox"/> 非常に見えにくい	
	聴力	補聴器	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> やや聴こえにくい <input type="checkbox"/> 非常に聴こえにくい	
	アレルギー	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	食物() その他()		
精神状態	性格			対人関係	<input type="checkbox"/> 1人が好き <input type="checkbox"/> 協調的 <input type="checkbox"/> 大勢が好き
	精神状況	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 精神障害あり		問題行動	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 時々ある <input type="checkbox"/> ある
日常生活行動の状況	発語	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> やや発語しにくい <input type="checkbox"/> 非常に発語しにくい			
	歩行	<input type="checkbox"/> 普通にできる <input type="checkbox"/> 杖使用 <input type="checkbox"/> 歩行器使用 <input type="checkbox"/> 車椅子使用 <input type="checkbox"/> 全介助必要			
	着替え	<input type="checkbox"/> 普通にできる <input type="checkbox"/> なんとか自力でできる <input type="checkbox"/> 一部介助必要 <input type="checkbox"/> 全介助必要			
	排泄	<input type="checkbox"/> 普通にできる <input type="checkbox"/> なんとか自力でできる <input type="checkbox"/> なんとか自力でできる(パット使用) <input type="checkbox"/> 介助必要(便器使用) <input type="checkbox"/> 介助必要(オムツ使用)			
	入浴	<input type="checkbox"/> 普通にできる <input type="checkbox"/> なんとか自力でできる <input type="checkbox"/> 一部介助必要 <input type="checkbox"/> 全介助必要			
	食事	<input type="checkbox"/> 普通にできる <input type="checkbox"/> なんとか自力でできる <input type="checkbox"/> 一部介助必要 <input type="checkbox"/> 全介助必要			
	行動範囲	<input type="checkbox"/> 普通にできる <input type="checkbox"/> 家の周囲だけ <input type="checkbox"/> 家の中だけ <input type="checkbox"/> 自室・寝床だけ			
家事全般	<input type="checkbox"/> 普通にできる <input type="checkbox"/> なんとか自力でできる <input type="checkbox"/> 一部介助必要 <input type="checkbox"/> 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項目毎に該当する口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	<input type="checkbox"/> 本人負担 <input type="checkbox"/> 一部縁故者 <input type="checkbox"/> 全額縁故者 縁故者 住所() 氏名() 続柄() 職業()					
住居状況	<input type="checkbox"/> 持ち家 <input type="checkbox"/> 公営住宅 <input type="checkbox"/> 借家 <input type="checkbox"/> アパート <input type="checkbox"/> 貸間・下宿等 <input type="checkbox"/> その他()					
自家用車	<input type="checkbox"/> 運転する <input type="checkbox"/> 運転しない		専用駐車場	<input type="checkbox"/> 使用する <input type="checkbox"/> 使用しない		
家族状況	<input type="checkbox"/> 既婚	配偶者(満 歳、住所) <input type="checkbox"/> 死亡)				
	<input type="checkbox"/> 未婚	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	(フリガナ) 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)	
	()					