

# ケアハウス利用申込書

平成 年 月 日

社会福祉法人 祥雲会  
ケアハウス あかつき  
理事長 宮本 洪純 殿

現住所

氏名

Ⓜ

次のとおり「ケアハウスあかつき」の入所申込みをします。

ふりがな 氏名		男 ・ 女	明治 大正 年 月 日 昭和	満 歳	本籍地	
現住所	〒				電話	
入所理由 (詳細)	<input type="checkbox"/> 一人暮らしである <input type="checkbox"/> 家庭の事情による <input type="checkbox"/> その他 家族による援助が困難な理由					
利用方法	1. 単身 2. 夫婦同居			宗 派		
健康状態	1. 健康 2. ほぼ健康 3. 病弱			既往症		
親族 の 状 況	氏名	続柄	年齢	職業	住所	電話番号

◎ 親族の状況欄は、配偶者・子を記入して下さい。  
これらの方がいない場合は、兄弟姉妹を記入して下さい。

申込者の収入状況		
種別	年額(単位:円)	摘要
年金		国民年金・厚生年金・共済年金・( )
仕送り		氏名( ) 続柄( )
その他		恩給・公的扶助料・その他・( )
合計		(月平均 円)

◎ 仕送りがある場合は、その方の氏名及び申込者との続柄を摘要欄に記入して下さい。

前職歴等		
期間(年月から年月まで)	職歴	内容
/ ~ /		
/ ~ /		
/ ~ /		
/ ~ /		
趣味		
身元 引受 人	氏名	年齢 歳 申込者との関係
	住所 〒	TEL

# 身元保証書

社会福祉法人 祥雲会  
ケアハウス あかつき  
理事長 宮本 洪純 殿

入所者 住 所

氏 名 ㊟

上記の者が、ケアハウスあかつきに入所したうへは、保証人として次の事項につき、その一切の責任を負います。

1. 入所者が利用料・使用料等を支払わなかった場合の負担。
2. 入所者が退所を命ぜられた場合の身柄の引受。
3. その他の入所者の身上に関する必要な措置。

平成 年 月 日

保証人 住 所

氏 名 ㊟

保 証 人 (正) の 状 況				
氏 名		本 籍 地		入居者との関係
住 所	〒			TEL
勤 務 先	所在地 〒			TEL
	名 称			
家 族 の 状 況	氏 名	続 柄	年 齢	職 業

保 証 人 (副) の 状 況				
氏 名		本 籍 地		入居者との関係
住 所	〒			TEL
勤 務 先	所在地 〒			TEL
	名 称			

# 健 康 診 断 書

ケアハウス あかつき

ふりがな 氏 名		男 女	明治・大正・昭和 年 月 日生
住 所			
既 往 症	結核性疾患		
	精神病及び慢性中毒		
	その他の疾患		
現 往 症	結核性疾患		
	その他の伝染病疾患		
	精神異常及び慢性中毒		
	その他の疾患		
検査項目	感染症の 有無		血液型 (±)
機能障害の  有 無  (該当項目を ○で囲んで ください)	1	眼	全く見えない よく見えない ほとんど見えない
	2	耳	全く聞こえない 大声でないと聞こえない ほとんど聞こえない 少し遠い
	3	口	全く言えない 話がよく出来ない 言葉がわからない 食事が不自由
	4	手	欠けた部分がある ( ) 右手が不自由 左手が不自由
	5	足	欠けた部分がある ( ) 歩行は出来るが、階段が登れない 歩行が出来ない
	6	その他	失禁状態である
身長	cm	体重	Kg
		血压	/
脈拍			
上記のとおり診断します。			
平成 年 月 日			
住 所			
病院名			
医師名			