

コミュニティハウスかわつ

共同生活援助かわつ

理事長 様

# 入居（予約）申込書

申し込み日 令和 年 月 日

申請者氏名 ㊞

住 所

電 話

コミュニティハウスかわつに入居したいので下記により申し込み致します。

ふりがな			
入居者氏名	明 大 昭 年 月 日生 歳		
現住所	電話 ( )		
障害支援区分	申請なし ・ 申請中 ・ 障害支援区分 1・2・3・4・5		
日常生活動作	歩 行 ( 自立 ・ 一部介助 )	車いす・歩行器・シルバーカー	
	食 事 ( 自立 ・ 一部介助 )	箸・スプーン	
	入 浴 ( 自立 ・ 一部介助 )		
	排 泄 ( 自立 ・ 一部介助 )	おしめ・尿器・ポータブル・トイレ	
	着脱衣 ( 自立 ・ 一部介助 )		
	睡 眠 (眠れる・時々薬を飲む・薬を飲まないと眠れない)		
身体状況	視 力	見える・多少見えにくい・ほとんど見えない・見えない	
	張 力	聞こえる・多少聞こえにくい・ほとんど聞こえない・聞こえない	
	言 語	話せる・多少話しにくい・ほとんど話せない・聞こえない	
	会話の理解	理解できる・多少理解できる・ほとんど理解できない	
生活上の不安			
健康状態	健全・病弱・通院加療中 (病名: )		
	慢性疾患 (病名: )		
	障害者手帳 ある・なし 障害名 ( )		
身上状況	趣 味		配偶者 あり・なし
	職 歴		飲 酒
	喫 煙		嗜 好
収入状況	年金	種類	年額 約 円
	恩給		年額 約 円
	その他の収入		給料 (あり・なし) 不動産収入 (あり・なし) 利子収入 (あり・なし) なお、収入については入居時に別紙書類にて確認をさせていただきます。

家族状況	続柄	氏名	年齢	職業	住所
生活環境	持ち家 ・ アパート ・ 借家 ・ その他 ( ) 独居 ・ 同居 ・ 老世帯 ・ 家族の就労 ( あり ・ なし ) 介護サービスの利用 ( あり ・ なし ) 訪問介護 ( /週 ) ・ 訪問看護 ( /週 ) ・ デイサービス ( /週 ) デイケア ( /週 ) ・ ショートステイ ( /週 ) ・ その他 ( ) ( /週 )				
連絡先	1	TEL ( )		携帯電話	- -
	2	TEL ( )		携帯電話	- -
	3	TEL ( )		携帯電話	- -
入居希望の理由					
利用料金経費支払	1 本人負担 2 一部本人負担 3 全額家族負担				
	利用料等・経費支払いが本人以外の場合はお名前と住所をお書きください。				
	氏名	住所			

※入居（予約）申込書についての注意事項

入居（予約）申込書はケアハウスかわつに入居したいという意思を表示したもので、実際の入居に際しては入居判定会を経て、ケアハウスかわつの入居が可能と判断された方となります。また、ケアハウスかわつが満室の場合は、入居予約として受付をさせて頂き、空室ができた場合は予約申込順にご案内をさせて頂き、入居判定会を経て入居していただくこととなります。入居判定会は入居申し込み時点での状態ではなく、ケアハウスかわつが受け入れ可能となった時点で、申し込まれた方の状態を判断させて頂きます。

施設記入欄

入居（予約）申込受付日            令和            年            月            日  
 入居（予約）申込受付担当者            氏名            ㊟