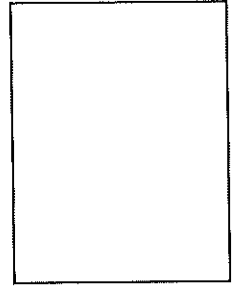


ケアハウスかおり利用申込書

年 月 日

社会福祉法人カリタスの園
ケアハウスかおり 施設長殿



申込者氏名 _____ 印

年 月 日撮影

私はケアハウスかおりに入居を申し込みます。
尚、本書記載事項が事実と相違したときは、申し込みの関連する一切の権利を
放棄することに異議はありません。

記

フリガナ					明大昭	年 月 日	満 歳	
氏名	性別	男 女	生 年 月 日					
現住所	〒 _____			TEL () _____				
本籍地	都道府県 () _____			筆頭者				
希望居室	1. Aタイプ 2. Bタイプ 3. Cタイプ 4. A'タイプ			入居希望		年 月 頃		
身体 の 状 況	日常生活	移動	自力で可能		やや不安	不可能		
		食事	自力で可能		やや不安	不可能		
		入浴	自力で可能		やや不安	不可能		
		排泄	自力で可能		やや不安	不可能		
		着脱衣	自力で可能		やや不安	不可能		
	健康 状 態	健全 ・ 病弱 ・ 持病 (病名 _____)						
		通院治療中		病名 _____		病院名 _____		
		入院歴		有 ・ 無		病名 _____		
				病院名 _____				
		最近3年間にかった病気 _____						

身体障害の有無		有・無					
申込理由	1. 一人暮らし 2. 家庭の事情で家族と同居できない 3. 現在の住居が不便である 4. 他人の世帯と同居している 5. その他 (理由を右の欄に記入してください)						理由
	住居の状況	区分	広さ	家賃		現在の住居での問題点	
		自宅	室畳				
		借家	室畳	円			
		アパート	室畳	円			
	その他						
家族の状況	続柄	氏名	年齢	住所		同居・別居	
収入状況	年給	恩給	給与	種類 勤務先 種類	年額	円	
	給付	不動産	収入		年額	円	
	不利益	子の	収入		年額	円	
	その他				年額	円	
利用料支払い	1. 本人負担 2. 一部縁故者 3. 全額縁故者			縁故者の場合 住所 職・氏名 _____ 続柄 _____			
	フリガナ			性別	男・女	生年月日	明大昭 年 月 日 歳
氏名							
	住所	〒		☎ FAX			
	勤務先			☎ FAX			