

# 高齢者専用賃貸住宅東芝中 仮入居申込書

申込日:平成 年 月 日

社会福祉法人 むべの里  
理事長 原田 雄二 様

申請者住所  
氏 名  
入居者との関係( ) 印

私は、『高齢者専用賃貸住宅 東芝中』への入居を申込みします。

## 1.入居希望者の状況

利用者氏名	ふりがな	男・女	明・大・昭	年	月	日(満 歳)
住所	〒 電話( ) -					
	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 病院(病院名: ) <input type="checkbox"/> 施設(施設名: )					
要介護認定	<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 <input type="checkbox"/> 未申請 <input type="checkbox"/> 申請中					
ケアマネージャー	<input type="checkbox"/> あり( ) <input type="checkbox"/> なし		氏名( )			
かかりつけの医療機関	主治医名					
現病名						
既往歴						
特別な医療の有無	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり⇒ <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> カテーテル <input type="checkbox"/> IVH <input type="checkbox"/> 皮膚疾患( ) <input type="checkbox"/> 点滴の管理 <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> MRSA <input type="checkbox"/> その他( )					
収入状況	<input type="checkbox"/> 各種年金合計(年額 万円) <input type="checkbox"/> その他の収入(年額 万円) <input type="checkbox"/> 仕送り等(年額 万円) <input type="checkbox"/> 生活保護					

## 2.ご家族等連絡先

連絡先	ふりがな	男・女	大・昭	年	月	日(満 歳)
住所	〒 電話( ) -					
続柄		勤務先				

●受付担当職員( )

※必ず全ての項目に記入をお願いします。  
※入居の必要がなくなった場合には、必ずご連絡をお願い致します。