

申し込み日：令和 年 月 日

社会福祉法人 実寿穂会

ケアハウス みずほ 入居申込書



フリガナ	希望居室(複数回答可)		
氏名	A・B・C・D		
生年月日	明治・大正・昭和	年 月 日 ()歳	男・女
現住所	〒	電話	- -
		携帯	- -
入居希望の理由			

空室が出た場合、ご案内の連絡先が、上記(本人)の連絡先と異なる場合はご記入下さい

氏名	続柄()	電話	- -	
喫煙	有・無	原爆手帳	有・無	
介護度	要支援 1	ヘルパー	歩行状態 自立 杖使用 常時 時々 歩行器使用 常時 時々 その他()	
	要支援 2	デイサービス		
	要介護 1	デイケア		
	要介護	その他		
既往歴	入院歴			
結婚歴	有・無	子供	男性 名 : 女性 名	
家族構成・近親者	続柄	氏名	年齢	住所

前年(1月~12月)分の収入から必要経費を差し引いた金額が月々の利用料の算定基準となります。

該当に○を付けてください(証明書類の提出は入居決定時必要となります)	
収入	国民年金 (遺族)共済年金 (遺族)厚生年金 恩給 私的年金 給与 不動産収入 配当金収入 還付金(確定申告後) その他()
必要経費	国民健康保険料 介護保険料 介護保険利用料 住民税 申告納税(確定申告後)
収入 - 必要経費	円 (分かる範囲の金額でかまいません)

緊急連絡先 (入居後、緊急通院・入院等に対応していただく方)

フリガナ 氏名	生年月日	年 月 日
	続柄	男・女
住所	〒	電話 - -
		携帯 - -
勤務先		電話 - -

身元保証人 ※ 1名は、法定相続人又は、一親等以内のご親族

フリガナ 氏名	生年月日	年 月 日
	続柄	男・女
住所	〒	電話 - -
		携帯 - -
勤務先		電話 - -

フリガナ 氏名	生年月日	年 月 日
	続柄	男・女
住所	〒	電話 - -
		携帯 - -
勤務先		電話 - -

記入上の注意事項

- この申込書は、入居資格を判定する資料にもなりますので、事実をできるだけ詳しくご記入下さい。虚偽の申告をされますと、入居をお断りさせていただくこともあります。
- 個人の情報を他人に漏らすことはありませんのでご安心下さい。
- 申込書を提出いただいた方には適宜、生活状況や入居希望の確認をさせていただきます。連絡先等の変更がございましたら、当施設までご連絡をお願いいたします。
- 入居申し込みを取り下げられる場合は、取り下げ及び理由等を、できるだけ早めに当施設までご連絡をお願いいたします。
入居の意志がなくなった場合。
自立した生活が出来なくなった場合。
他の施設に入所された場合。
入居希望者ご本人がお亡くなりになった場合。……等。

社会福祉法人実寿穂会
ケアハウス みずほ

〒852-8052 長崎市岩屋町45番1号
TEL:095-855-1400
FAX:095-855-4383
E-mail:mizuhokai-carehouse@hyu.bbiq.jp