サービス付高齢者向け住宅**サービスハウスサンビレッジ入居予約申込書**№

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　受付日　　　年　　　月　　　日　　担当者

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 申込者記入欄 | 申込日 | 平成　　　年　　　月　　　　日 | 住所 | 〒　　　　　-　　　　県・府　　　　市　　　　区　　　　町　 |
| ふりがな氏名 |  |
| 入居予定者との続柄 |  | 連絡先 | 自宅　　　　　　-　　　　　　　－携帯　　　　　　-　　　　　　　－ |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 入　居　予　定　者　・　本　人　の　状　況 | ふりがな |  | 性別 | 生年月日 | 大　・　昭　　　　年　　　月　　　日 | 年齢 |
| 氏　　　名 |  |  | 連絡先 | 自宅　　　　　　-　　　　　　　-携帯　　　　　　-　　　　　　　- | 歳 |
| 住　　　所 | 〒　　　　　-　　　　県・府　　　　市　　　　区　　　　町　　　　　　　　 |
| 収入の種類 | 1年金　(　国民年金　・　厚生年金　・　共済年金　)　　年間　　　　　約　　　　　　万円　　2.給与　　3不動産収入　　4預貯金　　5有価証券　( ) |
| 要介護度 | 自立　　　　申請中　　　　要支援　1　　2要介護度　　　1　　　2　　　3　　　4　　　5 | 介護保険者番　　　　　号 |  |  |  |  |  |  |
| 認定有効期間 | 平成　　　　年　　　月　　　日から平成　　　　年　　　月　　　日まで | 介護保険被保険者証番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 居宅介護支援事業所名 |  | ケアマネ名連絡先 | 様 | －　　　　　－ |
| 居宅サービスの利用状況 | 無　　　有　　有の方は下記の回数をお答えください)訪問介護　　　　週/回　　　　　　　訪問入浴　　　　　　　週/回　　　　　　　訪問看護　　　　　 週/回訪問リハ　　　　週/回　　　　　　　デイサービス　　　　　週/回　　　　　　　デイケア　　　　　　週/回居宅療養管理指導　　福祉用具貸与　　短期入所生活介護　　　　　回/月 |
| かかりつけ医 | 病院名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　連絡先　　　　　　　　－　　　　　－主治医：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　入居後の主治医変更は　　可　・不可 |
| 既往歴入院歴 | 疾患名：入院歴(疾患名・病院名等)感染症　　有　・　無　　　　　認知症　　有　・　無 |
| 身体状態 | 1)　　食事 □　自立　　　　□介助必要　( )2)　　排泄 □　自立　　　　□介助必要　( )3)　　入浴 □　自立　　　　□介助必要　( )4)　　更衣 □　自立　　　　□介助必要　( )5)　　移動 □　自立　　　　□シルバーカー　　　□　車椅子( 　 　)6) エレベーター移動　　□自分で可　　□不可　　　7)　　その他( 　) |
| 入居申し込み理由 |  |
| 入居希望住宅 | 本館　アネックス　春日 | 階 | 入居希望時期 | すぐにでも平成　　　年　　　月　　　日 |
| ふりがな |  | 性別 | 生年月日 | 大　・　昭　　　　　年　　　　月　　　　日 |
| 身元引受人様署名・捺印 |  |  | 連絡先 | 自宅　　　　　　-　　　　　　　－携帯　　　　　　-　　　　　　　－ |
| 住　　所 | 〒　　　　-　　　　県・府　　　　市　　　　区　　　　町　　　　　　　　 | 入居予定者との続柄 |  |

入居ご希望条件について

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 月額費用 | 金　　　　　額 | 支払可能額 |
| 家賃 | 円/月 | 円/月 |
| 共益費 | 円/月 | 円/月 |
| 食費 | 円/月 | 円/月 |
| 水道光熱費 | 使用料分を負担して頂きます |
| 公費負担額 | 医療・介護サービス利用負担額はご利用に応じて負担して頂きます。 |
| 今後の支払いに対して・・・・・　不安はない　　　・　　　不安である |

介護保険料について・・・お支払いの段階に○を記入してください。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 第１ | 第2 | 第3 | 第4 | 第5 | 第6 | 第7 | 第8 | 第9 | 第10 | 第11 | 第12 | 第13 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

６５歳以上の人(第１号保険者)　の保険料については、別紙または福山市のﾎｰﾑﾍﾟｰｼﾞを参考にしてください。

ご家族について

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 親　族　構　成 | 氏　　名 | 続柄 | 年齢 | 居住区別 | 住　　　所 | 連絡先 |
|  |  |  | 同　別 |  |  |
|  |  |  | 同　別 |  |  |
|  |  |  | 同　別 |  |  |
|  |  |  | 同　別 |  |  |
|  |  |  | 同　別 |  |  |
|  |  |  | 同　別 |  |  |

現在の生活場所について

|  |  |
| --- | --- |
|  | 自　宅 |
|  | 医療機関入院中 | 病院名： |  |
| 連絡先： |
|  | 施設入所中 | 施設名： |  |
| 連絡先： |

添付書類　：　介護保険証の写し　　健康保険証の写し

注意事項

\*　この入居予約申込書は、サービスハウスサンビレッジの入居に関する資料として使用します。

\* 居宅支援事業所・包括支援センター・医療機関に問い合わせをさせて頂く事がありますので、ご了承ください。

\* 申し込み内容に変更が生じた場合は、ご連絡をお願い致します。

\* 申し込みの記載内容が事実と相違する時は、申込に関する一切の権利を放棄して頂きます。

\* ご入居されるまでに、敷金以外に利用料金等を頂くことはありません。

**サービスハウスサンビレッジ窓口問い合わせ先　　社会福祉法人東光会　春日事業部**

**TEL：084-941-5255 FAX：084-941-5144**