

みなみかせ
ケアハウス南風 入居申請予約書

ケアハウス南風 施設長 様

申込日	令和 年 月 日
受付者	

入 居 希 望 者	ふりがな		生年月日	明・大・昭		
	氏 名	⑩	性 別	年 月 日 (才)		
	住 所	〒 -				
	連絡先	☎ ()		配偶者	有 ・ 無	
	要介護認定	自立 ・ 要支援1 ・ 要支援2 要介護1 ・ 要介護2 ・ 要介護3 ・ 要介護4 ・ 要介護5				
身 元 保 証 人 (家 族 氏 名 等)	ふりがな		連絡先	☎ ()		
	氏 名	⑩	住 所	〒 -		
	続 柄					

現 在 の 居 所 (生 活 の 場 所)	①在宅(独居 ・ 同居) ②入院中(病院) ③その他の施設				
面 談 の た め の 訪 問 先 住 所 ※入居者住所と異なる場合	〒 -		連絡先	☎ ()	
主 な 収 入 状 況	年金 その他の収入 (年金/月額 万円)(/月額 万円)				
健康保険の種類			生活歴		
既 往 症			特記事項		
病 歴 (認定を受けるまでの経緯) ※ 自 立 は 不 要			認知症有無		
			紹介元	居宅名() 担当ケアマネ()	
かかりつけ医療機関	病院名 ()		医師名 ()		
施設への希望・要望等	ご本人		ご家族		

※これは、申し込みを受け付けるものであり、入居の決定をお約束するものではありません。