|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ケアハウス　**日之出荘入居申込書** | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 社会福祉法人　昌平黌  ケアハウス日之出荘　施設長　様  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　　　年　　　月　　　日  ケアハウス日之出荘に入居したいので、次のとおり申し込みます。 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **入 居 希 望 者** | 本　　籍 | |  | | | | | | | | | 電 話 | | （　　 　） | | |
| 現 住 所 | |  | | | | | | | | | － | | | | |
|  | | 印 | | | | | | 印 | | | | | | | |
| 生年月日 | | 大・昭　　　．　 　． | | | 年 齢 |  | | 大・昭　　　． 　　． | | | | | | 年 齢 |  |
| **健 　 　 康 　　 状　 　 態** | 過　　去 | 時期 |  | | | | | |  | | | | | | | |
| 病名 |  | | | | | |  | | | | | | | |
| 病院 |  | | | | | |  | | | | | | | |
| 現　　在 | 時期 |  | | | | | |  | | | | | | | |
| 病名 |  | | | | | |  | | | | | | | |
| 病院 |  | | | | | |  | | | | | | | |
| 自覚症状 | |  | | | | | |  | | | | | | | |
| その他の  身体状況 | |  | | | | | |  | | | | | | | |
| 介 護 度 | | 非該当 | 支１・支２ | １・２・３・４・５ | | | | 非該当 | 支１・支２ | | | １・２・３・４・５ | | | |
| **所 得** | 年　　収 | | 円 | | | | | | 円 | | | | | | | |
| 所得種類 | |  | | | | | |  | | | | | | | |
| **第 １ 保 証 人** |  | | 印 | | | | | 本人との関係 | | |  | | | | | |
| 生 年 月 日 | | | 昭・平 　 ．　 　　． | | | | | |
| 自宅住所 | | 〒 | | | | | 自 宅 電 話 | | | （　　　　）　 　－ | | | | | |
| 携 帯 番 号 | | |  | | | | | |
| 職場名称 | |  | | | | | 職 場 電 話 | | | （　　　　）　 　 － | | | | | |
| **第 ２ 保 証 人** |  | | 印 | | | | | 本人との関係 | | |  | | | | | |
| 生 年 月 日 | | | 昭・平 　 ． 　 ． | | | | | |
| 自宅住所 | | 〒 | | | | | 自 宅 電 話 | | | （　　　　）　　 － | | | | | |
| 携 帯 電 話 | | |  | | | | | |
| 職場名称 | |  | | | | | 職 場 電 話 | | | （　　　　）　 　 － | | | | | |