

ケアハウス入居申込書（※記入例）

社会福祉法人立栄会 施設長 岩村容道 殿

平成 28 年 10 月 1 日

申込者氏名 山田 太郎 ㊞

次の通り入居を希望します。

申込者：□本人 ■家族（長男）

フリガナ	ヤマダ ハナコ	男	□明治・□大正・■昭和	本籍地
氏名	山田 花子	女	11年11月11日（〇〇歳）	八雲町
現住所	〒（049-〇〇〇〇）八雲町〇〇町〇〇番地〇 〇〇アパート〇〇号室 電話：0137-〇〇-〇〇〇〇			
配偶者	□有 ■無：□未婚 □離婚 ■死別		利用方法	■单身 □夫婦
入居動機	世帯区分：■独居□高齢世帯□家族同居 入居動機：□介護困難■自活困難■将来不安 ■入院中：25年 1月～ 病院名：〇〇〇病院（〇〇科）病名：〇〇〇〇 □入所中： 年 月～ 施設名：			
既サービス利用状況	事業所名：〇〇地域包括支援センター TEL：〇〇-〇〇〇〇 担当ケアマネ：〇〇氏 ■訪問介護：週 1回 ■通所介護：週 2回 ■その他：福祉用具貸与「シルバーカー」			
介護保険	保険者市町村：八雲町 被保険者番号：No.000000000 ■要支援（2）□要介護（ ） 認定日：H28年 7月 7日 認定期間：H29年 7月 1日～H26年 6月 30日			
医療保険	■後期高齢□国保 No.0000000		身障手帳 種 級 No.	
公的扶助	□生活保護：受給期日 受給番号： ¥		障害名：	
既往歴	診断名	発症時期	医療機関・診療科	完治・経過観察
	高血圧症	H 5年 5月	〇〇〇病院 内科	1回/月 通院、服薬中
	糖尿病	H 15年 10月	〇〇〇病院 内科	1回/月 通院、服薬中
		年 月		
身元保証人	氏名：山田太郎 続柄：長男 生年月日： 〇〇年 〇〇月 〇〇日（ 〇〇歳） 住所：〒049-〇〇〇〇 八雲町〇〇町〇〇番地 電話：0137-〇〇-〇〇〇〇 職業：会社員 携帯：090-〇〇〇〇-〇〇〇〇			
親族状況	氏名	続柄	生年月日	同別居 住所・電話
	山田次郎	次男	S〇年〇月〇日（〇歳）	同・別 八雲町〇〇町〇〇番地 090-〇〇〇〇-〇〇〇〇
	山田三郎	三男	S〇年〇月〇日（〇歳）	同・別 札幌市〇〇区〇〇 090-〇〇〇〇-〇〇〇〇
			・ ・ （ 歳）	同・別
収入等	■国民年金（年¥ 〇〇〇〇円） ■厚生年金（年¥ 〇〇〇〇円） □共済年金（年¥ ） □遺族年金（年¥ ） □障害年金（年¥ ） □軍人恩給（年¥ ） ●合計年収額：¥ 〇〇〇〇円 ※入居費不足分の家族負担：□不可 ■可（長男）			
備考欄	・入居希望時期： 空き次第 ・現在の他施設等の申し込み状況：□無 ■有（ 〇〇〇〇施設 ） ・本人職業歴：販売員			

個人情報収集の同意書

「ケアハウスひまわり・なのはな」では、利用者の尊厳を守り安全に配慮する施設理念の下、お預かりする個人情報について、利用目的を以下のとおりとします。

【利用者様等の医療・介護の提供に必要な利用目的】

[当施設での利用]

- ・当施設への入居にかかる判定等に使用する情報

[他の事業者等との情報確認]

- ・当施設への入居にかかる判定等に使用する情報
 - －他の介護サービス事業者、医療機関、訪問看護ステーション等との連携
 - －他の介護サービス事業者、医療機関等からの情報収集

【上記以外の利用目的】

- －当該利用者様に関わる介護サービス事業者や居宅介護支援事業所等との連携（サービス担当者会議等）、照会への回答
- －外部監査機関への情報提供

* 個人情報を使用するにあたっては、

- ① 個人情報の提供は最小限度にします。
- ② 提供された個人情報は第三者に漏らしません。
- ③ 提供された個人情報は、上記目的以外には使用しません。
- ④ 個人情報を使用した会議や相手方等について経過を記録・保存します。

上記、個人情報の取り扱いについて同意致します。

平成 28 年 10 月 1 日

入居者

氏名 山田 花子 ㊞

申込者

氏名 山田 太郎 ㊞

施設使用欄

施設長	確認印	担当