

# ケアハウス入居申込書

社会福祉法人立栄会 施設長 殿

令和 年 月 日

申込者氏名 \_\_\_\_\_ (印)

次の通り入居を希望します。

申込者: 本人 家族 ( )

フリガナ		男	<input type="checkbox"/> 明治・ <input type="checkbox"/> 大正・ <input type="checkbox"/> 昭和	本籍地	
氏名		女	年 月 日 ( 歳)		
現住所	〒 ( - )		電話:		
配偶者	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無: <input type="checkbox"/> 未婚 <input type="checkbox"/> 離婚 <input type="checkbox"/> 死別		利用方法	<input type="checkbox"/> 单身 <input type="checkbox"/> 夫婦	
入居動機	世帯区分: <input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 高齢世帯 <input type="checkbox"/> 家族同居 入居動機: <input type="checkbox"/> 介護困難 <input type="checkbox"/> 自活困難 <input type="checkbox"/> 将来不安 <input type="checkbox"/> 入院中: 年 月 ~ 病院名: ( 科) 病名: <input type="checkbox"/> 入所中: 年 月 ~ 施設名:				
既サービス 利用状況	事業所名: TEL: 担当マネ:		<input type="checkbox"/> 訪問介護: 週 回 <input type="checkbox"/> 通所介護: 週 回 <input type="checkbox"/> その他:		
介護保険	保険者市町村: 被保険者番号: No.		<input type="checkbox"/> 要支援 ( ) <input type="checkbox"/> 要介護 ( )		
	認定日: 年 月 日 認定期間: 年 月 日 ~ 年 月 日				
医療保険	<input type="checkbox"/> 後期高齢 <input type="checkbox"/> 国保 No.		身障手帳 種 級 No.		
公的扶助	<input type="checkbox"/> 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	
		年 月			
		年 月			
		年 月			
身元 保証人 (仮)	氏名: 続柄: 生年月日: 年 月 日 ( 歳)		住所: 〒 - 電話: 携帯:		
	職業:				
親 族 状 況	氏名	続柄	生年月日	同別居	住所・電話
			. . ( 歳)	同・別	
			. . ( 歳)	同・別	
収 入 等	<input type="checkbox"/> 国民年金 (年 ¥ ) <input type="checkbox"/> 厚生年金 (年 ¥ )				
	<input type="checkbox"/> 共済年金 (年 ¥ ) <input type="checkbox"/> 遺族年金 (年 ¥ )				
	<input type="checkbox"/> 障害年金 (年 ¥ ) <input type="checkbox"/> 軍人恩給 (年 ¥ )				
	●合計年収額: ¥ _____ ※入居費不足分の家族負担: <input type="checkbox"/> 不可 <input type="checkbox"/> 可 ( )				
備 考 欄	・入居希望時期: ・現在の他施設等の申し込み状況: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( ) ・本人職業歴:				

# 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。

令和 年 月 日

入居者

氏名 \_\_\_\_\_ (印)

申込者

氏名 \_\_\_\_\_ (印)

## 施設使用欄

施設長	確認印	担当