

## 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 殿

令和 元 年 5 月 1 日

申込者氏名 山田 太郎 印

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-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 <span style="font-size: 2em;">}</span> 現在入院中で、今後の生活に不安がある。 買い物やご飯の準備も出来なくなってきた。 ■入院中：H31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.0000000000 ■要支援（2）□要介護（ ） 認定日：H31年 3月 22日 認定期間：H31年 4月 1日～R2年 3月 31日				
医療保険	■後期高齢□国保 No.00000000		身障手帳	種 級 No.	
公的扶助	□生活保護：受給期日		障害名：		
	受給番号： ¥				
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
収入等	■国民年金（年々 〇〇〇〇円） ■厚生年金（年々 〇〇〇〇円） □共済年金（年々 ） □遺族年金（年々 ） □障害年金（年々 ） □軍人恩給（年々 ） ●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。

令和 元 年 5 月 1 日

入居者

氏 名 山田 花子 ⑩

申込者

氏 名 山田 太郎 ⑩

施設使用欄

施設長	確認印	担当