

## 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

令和 元 年 5 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         | <input type="checkbox"/> 明治・ <input type="checkbox"/> 大正・ <input checked="" type="checkbox"/> 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       | <input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無： <input type="checkbox"/> 未婚 <input type="checkbox"/> 離婚 <input checked="" type="checkbox"/> 死別  |           | 利用方法   | <input checked="" type="checkbox"/> 単身 <input type="checkbox"/> 夫婦 |
| 入居動機      | 世帯区分： <input checked="" type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 高齢世帯 <input type="checkbox"/> 家族同居<br>入居動機： <input type="checkbox"/> 介護困難 <input checked="" type="checkbox"/> 自活困難 <input checked="" type="checkbox"/> 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。<br>買い物やご飯の準備も出来なくなってきた。<br><input checked="" type="checkbox"/> 入院中： H31年 1月～ 病院名： 〇〇〇病院（〇〇科） 病名： 〇〇〇〇<br><input type="checkbox"/> 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<br><input checked="" type="checkbox"/> 訪問介護： 週 1回 <input checked="" type="checkbox"/> 通所介護： 週 2回 <input checked="" type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> 要支援（2） <input type="checkbox"/> 要介護（ ）<br>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      | <input checked="" type="checkbox"/> 後期高齢 <input type="checkbox"/> 国保 No.0000000   |           | 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  |
|           | 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）<br>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<br>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       | <input checked="" type="checkbox"/> 国民年金（年¥ 〇〇〇〇円） <input checked="" type="checkbox"/> 厚生年金（年¥ 〇〇〇〇円）<br><input type="checkbox"/> 共済年金（年¥ ） <input type="checkbox"/> 遺族年金（年¥ ）<br><input type="checkbox"/> 障害年金（年¥ ） <input type="checkbox"/> 軍人恩給（年¥ ）<br>●合計年収額： ¥ 〇〇〇〇円 ※入居費不足分の家族負担： <input type="checkbox"/> 不可 <input checked="" type="checkbox"/> 可（長男）  |           |  |  |
| 備考欄       | ・ 入居希望時期： 空き次第<br>・ 現在の他施設等の申し込み状況： <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有（ 〇〇〇〇施設 ）<br>・ 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 |
|-----|-----|----|
|     |     |    |