

令和 年 月 日

光寿苑施設長 殿

申込者氏名 ㊟

私は、ケアハウス「光寿苑」の入居を希望しますので、下記の通り申込みします
 なお、本書記載事項が事実と相違したときは、申込みに関する一切の権利を放棄
 しても異議ありません。

フリガナ 氏名	男 女	大・昭・平 年 月 日生	歳
住所	(世帯主) TEL - -		

(身体状況)

視力	普通 ・ やや悪い ・ かなり悪い ・ その他 ()
聴力	普通 ・ やや悪い ・ かなり悪い ・ その他 ()
言語	普通 ・ 少し不自由 ・ かなり不自由 ・ その他 ()
歩行	自立 ・ 杖使用 ・ その他 ()
行動範囲	屋外 ・ 家の周り ・ 屋内 ・ その他 ()

(病歴等)

現在の状況	健全 ・ 病弱 ・ 持病 (病名:)
通院治療中	病名: 病院名: 投薬: 有 ・ 無
最近5年間にかった病気	()

(収入状況) [前年額]

年金・恩給等	種類	金額	円
給与	勤務先	金額	円
不動産収入		金額	円
利子収入その他		金額	円

(利用料等の支払い)

1 本人負担	全額入居者負担
2 一部負担	保証人の場合
3 全額保証人	住所 氏名 (続柄:) 職業 勤務先

(家族状況) [近親者]

続柄	氏名	年齢	住所	職業	同居 ・ 別居
					同居 ・ 別居
					同居 ・ 別居
					同居 ・ 別居
					同居 ・ 別居

(生活歴等)

職歴	
結婚歴	有り ・ 無

(緊急連絡先)

氏名	続柄	住所 電話	勤務先(職業) 電話
①		()	()
②		()	()

(申込み理由)

.....	(写真) 6ヶ月以内
-------------------------	-------------------