サービス付き高齢者向け住宅・有料老人ホーム

入居申込書（事業管理部控え）

|  |  |
| --- | --- |
| 申込日 | 2021年　月　日 |
| 受付日 | 2021年　月　日 |

希望する施設（希望するものに✔して下さい。）

□シニアガーデンそよかぜ　□シニアガーデンそよかぜ2号館

□シニアガーデンそよかぜ3号館　□シニア松原の家

□第三亀ヶ崎の家　　　□シニアガーデンかめがさき（新施設）

**入居を希望するので下記の通り申し込みします。（太枠内は全てご記入お願いします。）**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 入居希望者様（本人） | フリガナ |  | 性別 | 生年月日 | 年齢 |
| 氏　名 |  | 男・女 | 大正　昭和 | 　　年　　　月　　　日 | 歳 |
| 電話番号 |  | 住　所 | 〒　　　　　　-　　　 |
| 介護度 | □支援1　□支援2　□介護1　□介護2　□介護3　□介護4　□介護5　□非該当　□申請中 |
| かかりつけ医 | 医療機関：　 | 主治医名：　 |
| 担当ケアマネジャー | 事業所名：　 | 担当者名：　 |
| 入居後の当院への担当変更 | かかりつけ医 | □希望します　　□希望しません。　　□要検討中 |
| ケアマネジャー | □希望します　　□希望しません。　　□要検討中 |
| 紹介先 | □病院　□担当ケアマネジャー □ホームページ　□身内　□職員　□口コミ □紹介サイト □他 |
| 病院担当者　 | 院名： | 担当相談員： |
| 入居後の支払い収　入　源 | **□国民年金　□厚生年金　□遺族年金　□農業者年金　□共済年金　□家族の支援　□預貯金　□生活保護　□その他** |
| **おおよその収入や年金額：□1ヶ月　□2ヶ月（　　　　万円）　預貯金（　　　　　万円）** |
| 特別な状況* **当てはまる全てに✔して下さい。**
 | □胃瘻　□腎瘻　□腸瘻　□経鼻経管　□ガンの診断（□初期・□治療中・□末期）部位（　　　　　　）□ALSの診断　□特殊な食事介助　□看取りの診断または希望　□抹消からの点滴　□CV管理　□うつ病 □骨折（部位　　　　　　　　　）　□血液透析　□腹膜透析　□人工呼吸器　□在宅酸素　□低栄養状態□気管切開　□痰吸引　□直腸ストマの管理　□バルーン留置 □多系統萎縮症　□パーキンソン病□インスリン注射の管理　□精神障害介護　□中重度認知症介護　□その他（　　　　　　　　　　　　）□退院時期が概ね決まっている（退院予定日　　　年　　　月　　　日）※決まっていれば記入下さい。 |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 申込者様（又は身元引受） | 住所 | 〒　　　- | 連絡先 | 自宅： |
| 携帯： |
| フリガナ |  |  | 続柄 | 他に支援できる方（緊急時など） |
| 氏名 |  |  | □あり　□なし（□身内・□その他） |
| 次の事項に同意の上、申込みをします。1.　直接説明を受け見学をした、またはガイドブックを熟読し、入居に関わるすべての事項に同意し　　　　□　同意します申込みを希望します。　　　　　　　2.　申込みから契約締結までの期間に何らかの事情で入居が出来なくなった場合は速やかに連絡をします。　□　同意します。　3.　入居審査決定後に入居をキャンセルした場合、居室を確保していた期間の日割り分の入居費用　　　　　□　同意します。を支払うことを約束します。（ 死去や病変などのやむを得ない事情は除く ） |



〒998-0842

山形県酒田市亀ケ崎6丁目9-15　事業管理部

TEL　0234-28-8066　FAX　0234-22-3925

サービス付き高齢者向け住宅・有料老人ホーム

入居申込書（予約者様控え）

|  |  |
| --- | --- |
| 申込日 | 2021年　月　日 |
| 受付日 | 2021年　月　日 |

希望する施設（希望するものに✔して下さい。）

□シニアガーデンそよかぜ　□シニアガーデンそよかぜ2号館

□シニアガーデンそよかぜ3号館　□シニア松原の家

□第三亀ヶ崎の家　　　□シニアガーデンかめがさき（新施設）

**入居を希望するので下記の通り申し込みします。（太枠内は全てご記入お願いします。）**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 入居希望者様（本人） | フリガナ |  | 性別 | 生年月日 | 年齢 |
| 氏　名 |  | 男・女 | 大正　昭和 | 　　　年　　　月　　日 | 歳 |
| 電話番号 |  | 住　所 | 〒　　　　　　-　　　 |
| 介護度 | □支援1　□支援2　□介護1　□介護2　□介護3　□介護4　□介護5　□非該当　□申請中 |
| かかりつけ医 | 医療機関： | 主治医名： |
| 担当ケアマネジャー | 事業所名： | 担当者名： |
| 入居後の当院への担当変更 | かかりつけ医 | □希望します　　□希望しません。　　□要検討中 |
| ケアマネジャー | □希望します　　□希望しません。　　□要検討中 |
| 紹介先 | □病院　□担当ケアマネジャー □ホームページ　□身内　□職員　□口コミ □紹介サイト □他 |
| 病院担当者　 | 院名： | 担当相談員： |
| 入居後の支払い収　入　源 | **□国民年金　□厚生年金　□遺族年金　□農業者年金　□共済年金　□家族の支援　□預貯金　□生活保護　□その他** |
| **おおよその収入や年金額：□1ヶ月　□2ヶ月（　　　　万円）　預貯金（　　　　　万円）** |
| 特別な状況* **当てはまる全てに✔して下さい。**
 | □胃瘻　□腎瘻　□腸瘻　□経鼻経管　□ガンの診断（□初期・□治療中・□末期）部位（　　　　　　）□ALSの診断　□特殊な食事介助　□看取りの診断または希望　□抹消からの点滴　□CV管理　□うつ病 □骨折（部位　　　　　　　　　）　□血液透析　□腹膜透析　□人工呼吸器　□在宅酸素　□低栄養状態□気管切開　□痰吸引　□直腸ストマの管理　□バルーン留置 □多系統萎縮症　□パーキンソン病□インスリン注射の管理　□精神障害介護　□中重度認知症介護　□その他（　　　　　　　　　　　　）□退院時期が概ね決まっている（退院予定日　　　年　　　月　　　日）※決まっていれば記入下さい。 |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 申込者様（又は身元引受） | 住所 | 〒　　　- | 連絡先 | 自宅： |
| 携帯： |
| フリガナ |  |  | 続柄 | 他に支援できる方（緊急時など） |
| 氏名 |  |  | □あり　□なし（□身内・□その他） |
| 次の事項に同意の上、申込みをします。1.　直接説明を受け見学をした、またはガイドブックを熟読し、入居に関わるすべての事項に同意し　　　　□　同意します申込みを希望します。　　　　　　　2.　申込みから契約締結までの期間に何らかの事情で入居が出来なくなった場合は速やかに連絡をします。　□　同意します。　3.　入居審査決定後に入居をキャンセルした場合、居室を確保していた期間の日割り分の入居費用　　　　　□　同意します。を支払うことを約束します。（ 死去や病変などのやむを得ない事情は除く ） |

〒998-0842

山形県酒田市亀ケ崎6丁目9-15　事業管理部

TEL　0234-28-8066　FAX　0234-22-3925

