

入 居 申 込 書

平成 年 月 日

ケアハウス オパール 施設長 殿

申請者氏名 ㊟

私は、ケアハウス オパールの利用を希望しますので、下記により申し込み致します。

ふりがな				男	明治・大正・昭和 年 月 日生まれ(満 歳)			
入居者氏名				女				
現住所	〒							
電話番号			本籍地	都・府・県 (筆頭者氏名)				
連絡先	氏 名	続柄	住所／電話番号					
	①		TEL					
	②		TEL					
	③		TEL					
健康状態	健全・病弱・慢性疾患 (病名:)							
	通院治療中: 病 名 () かかりつけ医 ()							
健康保険	国保・健保・船員保険・共済・その他 ()							
	【記号】		【番号】					
身体障害者手帳	老人医療受給者証: 無・有【市町村番号】 【受給者番号】							
	無・有 岡山県第 号 第 種 級 昭和・平成 年 月 日交付 障害名 ()							
生活及び身体状況	歩 行	自立・一部介助【補助具: 車椅子・歩行器・シルバーカー・杖】						
	食 事	自立・一部介助【用 具: 箸・スプーン・フォーク】						
	入 浴	自立・一部介助						
	排 泄	自立・一部介助【トイレ・ポータブル・尿器・オムツ・その他()】						
	着脱衣	自立・一部介助						
	睡 眠	眠れる・時々薬を飲む・薬を飲まないと眠れない						
	視 力	見える・多少見えにくい・ほとんど見えない・見えない						
	聴 力	聴こえる・多少聴こえにくい・ほとんど聴こえない・聴こえない						
	言 語	話せる・多少話しにくい・ほとんど話せない・話せない						
	会話の理解	理解できる・多少理解できる・ほとんど理解できない						
収入状況	年金 ①【種類】		【年額】		円	②【種類】	【年額】	円
	恩給【年額】				円			
	給料【年額】				円	不動産収入【年額】	円	
	利子収入【年額】				円	その他の収入【年額】	円	

