

都市型軽費老人ホーム申込書

平成 年 月 日

【 施設長 様

★申込の有効期間は1年間です。 記載内容に変更が生じた場合は届出をお願いします。		(該当する部分を○で囲んでください)			
入所 希望者	氏名	ふりがな 男 ・ 女	生年 月日	大正 年 月 日生 (歳) 昭和	
	住所	電話 ()		居住年数 年 月	
家 族 構 成	氏名	(歳) 別	続柄	住所	
	氏名	(歳) 別	続柄	住所	
	氏名	(歳) 別	続柄	住所	
収入 状況	年間収入金額	円			※ 生活保護受給 有 ・ 無
	1 年金・恩給 2 送金 (仕送り) 3 その他 ()				
現在のお住まい		1. 無認可有料老人ホーム・簡易宿所・無料定額宿泊所・老人保健施設等退所の期限がある施設 (※この場合「家族の状況」は「いずれにも該当しない場合」に該当。) 2. 民間賃貸住宅・公社・UR賃貸 (旧公団) 住宅 3. 都営住宅・区営住宅 4. 自宅 (土地は借地)・自宅 (土地は自己所有)・分譲マンション			
家族の状況		1. 1人暮らし 2. 高齢者のみ世帯 3. 家族と同居だが家族の支援が見込めない 4. いずれにも該当しない場合			
住宅の状況		1. オーナー都合で立ち退きを求められているが、保証金が出ない。 2. 自己都合で立ち退きを求められている。 3. 同居の家族から虐待を受けていて住むところがない。 4. 住居が2階以上があり、エレベーターや昇降機等が無い。 5. 雨漏りが激しい 6. 住居に浴室が無い。			
生活の状況		1. 買い物が出来ない、料理が作れない等の理由で十分な食事がとれていない。 2. 見守りがないと不安である。			

※生活保護受給者の方は、提出時に、担当ケースワーカーに必ずご相談ください。

介護保険の状況	1 未申請 2 介護認定の度合い ()
身体障害者手帳	1 有 (級・障害名) 2 無
健康状態	既往症・通院歴・医療機関等 <input type="checkbox"/> 服薬 (あり ・ なし) <input type="checkbox"/> 医療器具を使用している (具体的に)
生活状況等	1 日常生活について (以下に○をしてください) <input type="checkbox"/> 金銭管理について自己管理が (できる ・ できない) <input type="checkbox"/> 自炊が (できる ・ できない) <input type="checkbox"/> 掃除、洗濯を自分で (できる ・ できない) <input type="checkbox"/> 食事摂取、排せつ、入浴を自分で (できる ・ できない) 2 共同生活について (以下に○をしてください) <input type="checkbox"/> 食事、居間、トイレ、風呂、洗濯機等が共同でも (支障がない ・ 支障がある)
特記事項	

身元保証人

氏名		続柄		電話	()
----	--	----	--	----	------------------------

緊急連絡先

氏名		続柄		電話	()
----	--	----	--	----	------------------------

都市型軽費老人ホーム申込書提出に際し、以下の項目について同意します。

- 1 入所にあたっては、都市型軽費老人ホームを運営する事業者が指定する面接審査等に必要書類 (住民票が江戸川区にあることが確認できる書類、所得確認の資料、健康診断書等) の提出について協力します。
- 2 この申込書や上記の審査書類は、運営事業者及び江戸川区介護保険課、生活援護第一課生活援護第二課、生活援護第三課で共有します。
- 3 この申込書の記載事項が事実と相違する場合は、申込の資格を無効とします。

入所希望者氏名

代筆者氏名

※ 生活保護受給の方の場合は、担当ケースワーカーに必ずご相談のうえ、以下に記入してください。

担当ケースワーカー

生活援護第一課・生活援護第二課・生活援護第三課

() 係 氏 名 _____

電話番号 _____

施設受付印