

### アブリシエイトグループ入居申し込み書

アブリシエイト \_\_\_\_\_ への入居を希望します。 ※この書面の項目は、入居審査を始めご入居後も安心して生活して頂く為の重要な事項であり、事実を告げなかった場合または事実と異なることを告げた場合は、ご契約を解除することがあります。十分にご確認のうえご回答(記入)ください。

記入者: \_\_\_\_\_ 様

※紹介センターやポータルサイトからの資料請求でご入居頂いた場合、費用が発生します。  
複数の紹介センターと入居相談がバッティングした場合、お客様に費用をお支払頂く事象が発生する場合がございます。  
ご記入内容はくれぐれも抜け漏れ無きよう、お願い致します。

<b>&lt;ご入居希望される方 情報&gt;</b>			
当社を知ったきっかけ ※複数ある場合は複数を選択してください。	<input type="checkbox"/> 役所や病院やケアマネジャーからの紹介	<input type="checkbox"/> 当社ホームページを閲覧	<input type="checkbox"/> 老人ホーム紹介センターからの紹介センター名( )
	<input type="checkbox"/> ポータルサイトからの資料請求ホームページ名( )	<input type="checkbox"/> その他(詳細をご記入ください) ( )	
お名前(フリガナ)	様 (フリガナ: )様		
	生年月日 明・大・昭・平 年 月 日		
ご住所	〒		
	電話( - - ) 携帯( - - )		
現在の所在地	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 老健 <input type="checkbox"/> ショートステイ <input type="checkbox"/> 施設(施設名: 種類: ) <input type="checkbox"/> 入院している(病院名: ) 担当相談員名:( )様		
現役時代のご職業			
ご収入	<input type="checkbox"/> 公的年金(国民・厚生・共済・恩給):( 万円/ ヶ月毎 ) <input type="checkbox"/> 私的年金(企業・個人年金保険・国民年金基金・確定拠出):( 万円/ ヶ月毎 ) <input type="checkbox"/> その他(収入名: ) ( 万円/ ヶ月) <input type="checkbox"/> 貯蓄(おおよそ 万円)		
介護保険・障害	<input type="checkbox"/> 要支援 <input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 申請中		
	<input type="checkbox"/> 介護保険 保険者( 市・区・町・村) 介護度の有効期限		
	<input type="checkbox"/> (身体障害・精神障害・療育)手帳 級 平成・令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日 <input type="checkbox"/> 障害区分(1・2・3・4・5・6)		
ご利用中の介護保険サービス	<input type="checkbox"/> 訪問介護サービス 日/1週(おおよそ 回/日) <input type="checkbox"/> デイサービス 回/1週		
	<input type="checkbox"/> 訪問看護サービス 日/1週(おおよそ 回/日) <input type="checkbox"/> デイケア 回/1週		
	<input type="checkbox"/> 訪問リハビリ 日/1週(おおよそ 回/日) <input type="checkbox"/> 利用していない		
	<input type="checkbox"/> 福祉用具レンタル(電動ベッド・車椅子・歩行器・1点杖・4点杖・手すり)		
担当ケアマネジャー	事業所名	ケアマネジャー様のお名前( )様	
	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> なし		
かかりつけ病院	※有の場合、下記のいずれかをチェック		
	<input type="checkbox"/> 自宅への訪問診療を受けている(病院名: )		
	<input type="checkbox"/> 定期通院を行っている 通院先病院名: 科 受診科目:		
	<input type="checkbox"/> 透析通院を行っている(通院先病院名: )		

＜ご入居希望される方 記入欄＞現在の状況について（該当するところにチェック）

有 なし 下記の行動が過去に見られたことがありますか？  
 有の場合は対象の項目を○で囲んでください。（該当するもの全て）  
 暴言・暴力・セクハラ・盗癖・異食・徘徊・共用部（備品）破壊・1人で外出先から帰られない  
 大声を出す・指定場所以外での喫煙・トイレで洗髪・他居室へ侵入・アルコール依存・金銭貸し借り  
 介護拒否（全くと風呂に入らない等）・刃物を使用用途以外に使う・騒音（テレビ、壁を叩くなど）・虚言  
 ※その他見られたことがあれば記入（ ）

有 なし 他の老人ホームに入所中ですか？または過去に老人ホームに入所したことがありますか？  
 ※有の場合、転居理由  
 退去理由を記載（ ）

有 なし 現在、医療行為が必要な状態ですか？  
 有の場合は対象の項目を○で囲んでください。（該当するもの全て）  
 膀胱留置カテーテル（バルーン）・在宅酸素・胃ろう・インシュリン注射（自己接種不可）  
 人工肛門（ストーマ）・点滴・床ずれ（褥瘡）・経管栄養・中心静脈栄養法（IVH・CV・TPN）  
 ※記載されている項目以外の  
 医療行為が必要な場合は記入（ ）

有 なし これまでに下記の病気で、手術を受けたことまたは医師の治療（診察・検査・指示・指導を含む）・投薬  
 を受けたことがありますか。  
 有の場合は対象の項目を○で囲んでください。（該当するもの全て）

心臓・血圧	狭心症・心筋梗塞・心臓弁膜症・先天性心疾患・心筋症・高血圧症・不整脈 心不全
脳・精神・神経	脳出血・脳梗塞・くも膜下出血・脳動脈硬化症・精神病・うつ病・認知症 神経症・自律神経失調症・てんかん・知的障害・アルコール依存症・薬物中毒 統合失調症
肺・気管支	ぜんそく・慢性気管支炎・肺結核・気管支拡張症・肺気腫 肺繊維症・慢性閉塞性肺疾患（COPD）
胃・腸	胃潰瘍・十二指腸潰瘍・潰瘍性大腸炎・腸閉塞・クローン病
肝臓・胆のう・ すい臓	肝炎（肝炎ウイルス感染を含む）・肝硬変・肝機能障害・胆石・胆のう炎・すい炎
腎臓・尿管	腎炎・ネフローゼ・腎不全・嚢胞腎・腎臓結石・尿路結石
目	白内障・緑内障・網膜の病気・角膜の病気
がん・腫瘍	がん・肉腫・白血病・腫瘍・ポリープ
その他	糖尿病・リウマチ・こうげん病・貧血症・紫斑病・甲状腺の病気 子宮筋腫・子宮内膜症・卵巣のう腫・乳腺症

※記載されている項目以外のご  
 病気がある場合は記入（ ）

有 なし これまでに誤嚥で病院に救急搬送、または入院されたことはありますか？  
 ※有の場合、詳細を記載（ ）

有 なし これまでに近隣の方々と言い争いなどトラブルになったことがありますか？  
 ※有の場合、トラブル内容と  
 その理由を記載（ ）

有 なし これまでに（または現在）近親者や消費者金融などに借入をされた（またはしている）ことはありましたか？  
 ※有の場合、金額とどこに借入を  
 しているか記載（ ）

<連帯保証人 記入欄>

お名前(フリガナ)	様 (フリガナ: )様
	生年月日 明・大・昭・平 年 月 日
	ご本人様とのご関係(長男・長女等) :( )
ご住所	〒
ご連絡先	電話( - - ) 携帯( - - )
	連絡希望時間 <input type="checkbox"/> いつでも良い <input type="checkbox"/> 曜日 時ごろ ※極力連絡のお時間はご希望の時間帯で調整させていただきますが、状況によっては必ずしもお約束出来るものではございませんので、予めご了承くださいませ。
	メールアドレス(携帯) @
	メールアドレス(PC) @
現在のご職業	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> なし
ご職業の職種形態	<input type="checkbox"/> 正社員 非正規( <input type="checkbox"/> パート <input type="checkbox"/> 期間契約 <input type="checkbox"/> 嘱託 ) <input type="checkbox"/> 自営業 <input type="checkbox"/> 公務員 <input type="checkbox"/> その他( )
勤務先	名称
	部署
	業種
	住所 〒  電話番号( )
	年収 万円

＜連帯保証人 記入欄＞現在の状況について(該当するところにチェック)

有 なし 現在、①成年被後見人②被保佐人③被補助人④破産者⑤生活保護被保護者のいずれかに当てはまりますか？

※有の場合、具体的内容を記載

(

)

有 なし これまでに(または現在)近親者や消費者金融などに借入をされた(またはしている)ことはありましたか？

※有の場合、金額とどこに借入をしているか記載

(

)

有 なし 入居者の支払責任を理解し、支払未納になった部分の弁済をする意思がありますか？

※なしの場合、理由を記載

(

)

<身元引受人 記入欄>

連帯保証人と同一人物である

※連帯保証人と身元引受人が同様の場合は基本情報記入を省略することができます。「現在の状況について」にお進みください。

お名前(フリガナ)	様 (フリガナ: )様
	生年月日 明・大・昭・平 年 月 日
	ご本人様とのご関係(長男・長女等) :( )
ご住所	〒
ご連絡先	電話( - - ) 携帯( - - )
	連絡希望時間 <input type="checkbox"/> いつでも良い <input type="checkbox"/> 曜日 時ごろ ※極力連絡のお時間はご希望の時間帯で調整させていただきますが、状況によっては必ずしもお約束出来るものではありませんので、予めご了承くださいませ。
	メールアドレス(携帯) @
	メールアドレス(PC) @
現在のご職業	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> なし
ご職業の職種形態 ※連帯保証人を兼任される方のみ記入	<input type="checkbox"/> 正社員 <input type="checkbox"/> 非正規( <input type="checkbox"/> パート <input type="checkbox"/> 期間契約 <input type="checkbox"/> 嘱託 ) <input type="checkbox"/> 自営業 <input type="checkbox"/> 公務員 <input type="checkbox"/> その他( )
勤務先	名称
	部署
	業種
	〒 住所 電話番号( )

<身元引受人 記入欄>身元引受人の方の現在の状況について(該当するところにチェック)

※基本情報を省略された方もご記入が必要です。

有 なし 現在、①成年被後見人②被保佐人③被補助人④破産者⑤生活保護被保護者のいずれかに当てはまりますか？

※有の場合、具体的内容を記載

(

)

可 不可 施設入居後も施設からの依頼に協力して頂けますか？

(例:通院の同行、救急搬送時の病院手続き、医療的な判断など)

※なしの場合、理由を記載

(

)

有 なし これまでに下記の病気で、手術を受けたことまたは医師の治療(診察・検査・指示・指導を含む)・投薬を受けたことがありますか。または現在も治療を受けていますか？

有の場合は対象の項目を○で囲んでください。(該当するもの全て)

脳・精神・神経	脳出血・脳梗塞・くも膜下出血・脳動脈硬化症・精神病・うつ病・認知症
	神経症・自律神経失調症・てんかん・知的障害・アルコール依存症・薬物中毒 統合失調症

可 不可 ご入居後、ご入居希望の方の緊急時には夜間・早朝問わず当施設から連絡が来ます。

電話・メールが常に連絡が受信できる状態にできますか？

※なしの場合、理由を記載

(

)

可 不可 ご退去の際に入居者様が自己の残置物を引き取ることが出来ない時は代わって残置物を引き取ることができますか？

※なしの場合、理由を記載

(

)

記入した事項は(ご入居希望される方・連帯保証人・身元引受人)が記入し、事実と相違ないことを誓約します。

なお、この記載事項が事実と相違した場合は契約を解除されても異議ありません。

令和 年 月 日

ご入居希望される方

住 所 :

氏 名 : \_\_\_\_\_ (印)

令和 年 月 日

連帯保証人

住 所 :

氏 名 : \_\_\_\_\_ (印)

続 柄 :

令和 年 月 日

身元引受人(  連帯保証人と同一人物である為署名捺印を省略する・ 連帯保証人と別)

住 所 :

氏 名 : \_\_\_\_\_ (印)

続 柄 :

**【入居申込書と合わせてご提出いただくもの】**

※お持ちの物をご確認のうえ、入居申込書と合わせてご提出お願い申し上げます。

※ご入居をご希望される方がお持ちの証書のみ、送付のご協力をお願い致します。

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> 介護保険被保険者証 コピー        | <input type="checkbox"/> 国民健康保険被保険者証 コピー         |
| <input type="checkbox"/> 介護保険負担割合証 コピー        | <input type="checkbox"/> 後期高齢者医療被保険者証 コピー        |
| <input type="checkbox"/> (身体障害・精神障害・療育)手帳 コピー | <input type="checkbox"/> 医療証(障害制度で支給されているもの) コピー |
| <input type="checkbox"/> 特定医療費(指定難病)受給者証 コピー  |  |

ご記入いただいた個人情報につきましては、法律にもとづいた、行政機関や司法機関からの要請、ご本人からの同意がない限りは第三者には提供致しません。

アプリシエイトグループ