

あすかシルバーホーム入居申込書

(適合高齢者専用賃貸住宅・高齢者向け優良賃貸住宅)

申込書記入日	平成 年 月 日	受付日	平成 年 月 日
--------	----------	-----	----------

入居申込者（受付後の連絡先、書類の送付先となります。）	
氏 名	続柄（ ）
住 所	〒 ー
電話 1	（ ） 自宅・携帯・職場
電話 2	（ ） 自宅・携帯・職場

あすかシルバーホームに入居したいので下記の通り申し込みます。

入居希望者の状況	
フリガナ	性 別 生 年 月 日
氏 名	男・女 明・大・昭 年 月 日（ 歳）
要介護度	非該当 要支援（ ） 要介護（ ）
保険者番号	被保険者番号
認定期間	平成 年 月 日 から 平成 年 月 日まで
現住所	〒 ー
現 況	☐ 自宅で 1 人暮らし ☐ 自宅で家族と暮らしている ☐ 入院または入所中 入院または入所中の方は下記を記入してください。 病院名・施設名： 種類：病院・特養・老健・（ ） 入院または入所時期：平成 年 月 日からしている
現在の	世帯 ☐ 1. 独居 ☐ 2. 高齢者夫婦 ☐ 3. 1, 2 以外の世帯（ ）
	家族 ☐ 1. 世話をできる家族が近隣にいる。 ☐ 2. 世話をできる家族が近隣にいない。
入居後の 家族関係	☐ 1. 頻回に来ることができる。 ☐ 2. 週 1 回程度来ることができる。
	☐ 3. 月に 1 回程度来ることができる。 ☐ 4. 定期的に来ることが困難。
	☐ 5. その他（ ）
他施設 申込状況	☐ 1. 他施設にも申し込みをしている ☐ 2. 他には申し込みはしていない
	待機している施設は ☐ 特養 ☐ グループホーム ☐ 有料老人ホーム ☐ その他
	他施設の待機期間は ☐ 3 年以上 ☐ 1 年以上 ☐ 半年以上 ☐ 3 カ月以上
入居希望日	平成 年 月 日頃 理由（ ）
医療状況	現病・既往歴： 感染症： ☐ なし ☐ あり（ ）
	医療処置：
	かかりつけ医：

あすかシルバーホーム入居申込書（裏面）

入居希望者の身体状況等			
移 動	☐ 自 立	☐ 見守り	☐ 一部介助 ☐ 全介助
	☐ 独 歩	☐ 杖	☐ 歩行器 ☐ 車イス ☐ その他（ ）
食 事	☐ 自 立	☐ 見守り	☐ 一部介助 ☐ 全介助 ☐ 経管栄養
	主食形態 ☐ 常 食 ☐ 軟 飯 ☐ （ ）分粥 ☐ 全 粥 ☐ ミキサー		
	副食形態 ☐ 常 菜 ☐ 軟 菜 ☐ 刻み ☐ ミキサー		
排 泄	☐ 自 立	☐ 見守り	☐ 一部介助 ☐ 全介助
	紙オムツ等 ☐ 尿取りパッド ☐ リハビリパンツ ☐ 紙オムツ		
	排泄場所 ☐ トイレ ☐ ポータブルトイレ ☐ その他（ ）		
認知症	☐ な し ☐ あ り 症状： ☐ 徘徊 ☐ 異食 ☐ 暴言・暴力 ☐ 不潔行為 その他気になる症状：		
その他	その他生活上注意していること：		
介護サービス利用状況			
居宅介護支援事業所		介護支援専門員名	
利 用 サービス	☐ 訪問介護	回／日 回／週	☐ 通所介護 回／週
	☐ 短期入所	日／月	☐ その他（ ）
	利用状況 ☐ 限度額に対して（ ）割程度使用 ☐ 限度額を超えている		

あすかシルバーホームへの要望

- 【添付書類】 1. 介護保険被保険者証
2. 住民票
3. 前年の収入額がわかるもの（年金の源泉徴収票・市県民税所得課税証明書 等）
- 【注意事項】 ◆あすかシルバーホーム、原則として60歳以上の方が対象となります。
- ◆この入居申込書の他に、入居時に主治医の診断書や情報提供書等が必要となります。
- ◆この入居申込書の提出で、入居が決定するものではありません。島根県の審査並びに当法人の事前面接により決定させて頂き、状態によっては入居をお断りする場合もございます。

注意事項について理解し、この申込書に事実と相違が認められた場合、判定会議等により入居不適合と判断された場合には、申し込みを取消されても異議がないことを誓約します。

平成 年 月 日

申込者氏名

印

施設処理欄

島根県（特定・高齢者向け）優良賃貸住宅入居申込書

申込者	フリガナ 氏 名			勤務先名			(電話 - -)			
	現住所			勤務先 所在地			(電話 - -)			
入居する親族	申込者 との 続柄	フリガナ 氏 名	生年月日	年 齢	該 当 す る 欄 に ○ 印				職 業	年間収入金額 (年間所得金額)
					控除 対象 配偶者	扶養 親族	特定 扶養 親族	特 別 障害者	その他の 障害者	寡婦 寡夫
	本人									
非同居の扶養親族										
入居希望日	年 月 日		入居申込団地名							
上記のとおり相違ありませんから、入居を申し込みます。 なお、本書記載事項が入居の際事実と相違するときは、入居の決定を取り消されても異議ありません。 年 月 日 申込者氏名 (一般賃貸人 氏名・名称) 様										

以下の欄は記入しないで下さい。

年間収入金額	所得金額	控除の種類	人数	1人当り 控除額	控除額	控除の種類	人数	1人当り 控除額	控除額
		同居親族控除		380,000		特定扶養 親族控除		200,000	
		非同居の扶養 親族控除		380,000		特別障害者控除		400,000	
		老人控除対象 配偶者控除		100,000		その他の 障害者控除		270,000	
		老人扶養 親族控除		100,000		寡婦・寡夫控除		270,000	
所得額合計①						控除額合計②			
①－②			収入基準認定額		収入月額 (①－②) ÷ 12 =				
備 考 1. 申込書記載にあたっては、募集要項をよく読んで記入して下さい。 2. ※欄には記入しないで下さい。					資 格		1・有 2・無		