

入居申込書 (老人ホーム)

申込日 年 月 日

入居希望日 年 月 日		物件名		号室			
申込者・入居予定者	氏名	ワガナ	男 女	生年月日	T・S 年 月 日生 (才)	既婚 未婚	
	現住所	〒			TEL ()		
	本籍地				筆頭者名		
	介護の等級	要支援	1	2			
		要介護	1	2	3	4	5
住居	持家	一戸建 ・ 分譲マンション		世帯主	世帯主である ・ 世帯主でない		
	借家	マンション ・ アパート ・ 社宅 ・ 公営住宅 ・ 一戸建					
居室介護事業者			担当者	TEL ()			
年金の種類	年金名	年金額		年金以外の年収			
予定連帯保証人	氏名	ワガナ	男 女	生年月日	S 年 月 日生 (才)	既婚 未婚	
	現住所	〒			TEL ()		
	勤務先	会社名	業 務 内 容		申込者との続 柄		
		所在地	〒			TEL ()	
		所 属	役 職	勤 続	年 年 収	万円	
	住居	持家	一戸建 ・ 分譲マンション		世帯主	世帯主である ・ 世帯主でない	
借家		マンション ・ アパート ・ 社宅 ・ 公営住宅 ・ 一戸建					
身元引受人	氏名	ワガナ	男 女	生年月日	S 年 月 日生 (才)	既婚 未婚	
	現住所	〒			TEL ()		
	勤務先	会社名	業 務 内 容		申込者との続 柄		
		所在地	〒			TEL ()	
		所 属	役 職	勤 続	年 年 収	万円	
	住居	持家	一戸建 ・ 分譲マンション		世帯主	世帯主である ・ 世帯主でない	
借家		マンション ・ アパート ・ 社宅 ・ 公営住宅 ・ 一戸建					

○契約時の必要書類等

- 契約者 : 住民票(家族全員のもの)、健康保険証写、認印
- 連帯保証人 : 住民票(家族全員のもの)、印鑑証明、実印
- 身元引受人 : 住民票(家族全員のもの)、印鑑証明、実印
- 契約金(契約締結日までにご準備下さい)
- 家賃支払口座の確認できる書類、銀行印

※証明書類につきましては、契約締結日より3ヵ月以内の書類をご準備下さい。

TV持込希望	あり・なし
毎月利用料 請求書送付先	入居者・連帯保証人・身元引受人

※テレビご利用の場合、月額1,000円のテレビ持込料をご負担していただきます。

保険者番号				保険者				被保険者番号				生活保護受給		障害者手帳	
												単独/併用		種 級	
要介護区分				認定年月日				認定の有効期限							
支援1・支援2・経過的 1・2・3・4・5				年 月 日				年 月 日 ~ 年 月 日							
事業所	介護保険事業所番号				事業所名称				担当ケアマネージャー氏名						
	住所	〒				電話番号				FAX番号					

身 体 状 況	かかりつけの医者											
	住所		〒		電話番号							
	診断名（現病）					（既往歴）						
	内服薬 無・有（薬の種類）											
	感染症（アレルギー含む） 無・有											
	医療器具の使用 無・有											
	痴呆（認知症） 無・有											
	食事		自立・一部介助・全介助			主食		米飯・粥・その他（ ）				
						副食		常食・一口大刻み・細かい刻み・ミキサー食・その他				
			摂食用具									
	入浴		見守り・一部介助（ ）・全介助 / 普通浴・特種浴・その他									
	更衣		自立・見守り・声掛け・一部介助（ ）・全介助・その他									
	移動		自立・杖・つたい歩き・歩行器・シルバーカー・手引き・車椅子（自走・介助）・その他									
排泄		自立・見守り・一部介助・全介助・その他（ ） / トイレ誘導（必要・不要）										
排泄用具		布パンツ・尿とりパッド・リハビリパンツ・フット型オムツ・尿瓶・その他										
視力												
聴力		補聴器（有・無）										

生活暦等（出身・職歴・趣味・性格・金銭管理等）

面談日	平成 年 月 日
契約日	平成 年 月 日

(記入例)

入居申込書

(老人ホーム)

申込日 平成29年〇月〇日

入居希望日 平成29年 〇月 〇日		物件名 有料老人ホーム「百万石」〇号館		〇〇〇 号 室		
申込者・ 入居予定者	氏名	リガナ ヒヤクマンゴク 太郎 百万石 太郎	男 女	生年月日	T・S 11年 1月 11日生 (81 才)	
	現住所	〒×××-×××× 岩手県盛岡市〇〇△丁目△-△			TEL 019 (×××) ×××	
	本籍地	岩手県盛岡市〇〇△丁目△-△			筆頭者名 百万石 太郎	
	介護の等級	要支援 1 2 要介護 ① 2 3 4 5 被保険者番号 ××××××××××				
	住居	持家 借家	一戸建・分譲マンション マンション・アパート・社宅・公営住宅・一戸建	世帯主	世帯主である・世帯主でない	
居室介護事業者		居室介護支援センター〇〇〇	担当者	本宮 一子 TEL 019 (×××) ××××		
年金の 種類	年金名		年金額		年金以外の年収	
	国民年金		¥〇〇〇〇〇〇			
	厚生年金		¥〇〇〇〇〇〇			
予定連帯 保証人	氏名	リガナ ヒヤクマンゴク 一郎 百万石 一郎	男 女	生年月日	T・S 31年 1月 11日生 (61 才)	
	現住所	〒×××-×××× 岩手県盛岡市〇〇△丁目△-△			TEL 019 (×××) ×××× 携帯 090-××××-××××	
	勤務先	会社名	業務内容	〇〇〇		
	勤務先	所在地	〒×××-×××× 岩手県盛岡市〇〇△丁目△-△			TEL 019 (×××) ××××
	勤務先	所属	役職	取締役	勤続	〇〇年 年収 〇〇〇万円
住居	持家 借家	一戸建・分譲マンション マンション・アパート・社宅・公営住宅・一戸建	世帯主	世帯主である・世帯主でない		
身元引 受人	氏名	リガナ ヒヤクマンゴク 次郎 百万石 次郎	男 女	生年月日	T・S 36年 1月 11日生 (56 才)	
	現住所	〒×××-×××× 岩手県盛岡市〇〇△丁目△-△			TEL 019 (×××) ×××× 携帯 090-××××-××××	
	勤務先	会社名	業務内容	〇〇〇		
	勤務先	所在地	〒×××-×××× 岩手県盛岡市〇〇△丁目△-△			TEL 019 (×××) ××××
	勤務先	所属	〇〇〇課	役職	〇〇	勤続 〇〇年 年収 〇〇〇万円
住居	持家 借家	一戸建・分譲マンション マンション・アパート・社宅・公営住宅・一戸建	世帯主	世帯主である・世帯主でない		

○契約時の必要書類等

- 契約者 : 住民票(家族全員のもの)、健康保険証写、認印
- 連帯保証人 : 住民票(家族全員のもの)、印鑑証明、実印
- 身元引受人 : 住民票(家族全員のもの)、印鑑証明、実印
- 契約金(契約締結日までにご準備下さい)
- 家賃支払口座の確認できる書類、銀行印

※証明書類につきましては、契約締結日より3ヵ月以内の書類をご準備下さい。

TV持込希望	あり・なし
毎月利用料 請求書送付先	入居者・連帯保証人・身元引受人

※テレビご利用の場合、月額1,000円のテレビ持込料をご負担していただきます。

ご契約に際しての必要書類について

ご契約者様

盛岡市本宮3丁目29-1
株式会社エム不動産
019-635-6580

このたびは入居申込いただき誠にありがとうございます。
入居契約に際しまして、契約時まで下記書類等をご準備くださいますようお願い申し上げます。

ご契約者様	<input type="checkbox"/>	住民票（家族全員のもの）
	<input type="checkbox"/>	健康保険証写
	<input type="checkbox"/>	認印
連帯保証人様	<input type="checkbox"/>	住民票（家族全員のもの）
	<input type="checkbox"/>	印鑑証明
	<input type="checkbox"/>	実印
身元引受人様	<input type="checkbox"/>	住民票（家族全員のもの）
	<input type="checkbox"/>	印鑑証明
	<input type="checkbox"/>	実印
	<input type="checkbox"/>	契約金（入居日までにご準備下さい） ※契約金＝敷金＋入居月の利用料（中途の場合は日割）＋ 翌月利用料（月額） 《入居日までにご準備下さい。》
	<input type="checkbox"/>	家賃支払口座の確認できる書類（預金通帳）
	<input type="checkbox"/>	銀行印

※証明書類につきましては、契約締結日より3ヶ月以内の書類をご準備下さい。