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。

（該当する部分を〇で囲んでください）

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	同 （　　歳）別	続柄		住所	
	氏名	同 （　　歳）別	続柄		住所	
	氏名	同 （　　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階以上にあり、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 □ 服薬（　あり　・　なし　） □ 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） □ 金銭管理について自己管理が　（　できる　・　できない　） □ 自炊が　（　できる　・　できない　） □ 掃除、洗濯を自分で　（　できる　・　できない　） □ 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） □ 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な書類（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に相違する場合は、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