

# 「サンハイツ酒田」入所申込書

スナップ写真  
で構いません  
ので必ず添付  
してください

写 真  
1年以内のもの  
(3.0 cm×2.4cm)

年 月 日

利 用 者	(ふりがな) 氏 名	さかた たろう 酒田 太郎	生年月日	年 月 日 ( 歳)	性 別	男・女
	住 所 〒 ( ○ ○ ○ - ○ ○ ○ ○ )	TEL ( ○ ○ ○ ○ ) ○ ○ - ○ ○ ○ ○		酒田市 ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○		
配 偶 者	(ふりがな) 氏 名	生年月日		年 月 日 ( 歳)		
<p>&lt;申込み理由&gt;</p> <p>※入所判定会議で重視する項目になりますので必ず記入してください。</p>						
収 入	年金・恩給 その他の (年額)	(例：老齢基礎) 年金 ○○○○○○○ 円	わからない場合は空欄 で提出してください	( ) 年金 円		
	給与等・不動産 その他の収入 (年額)	給 与 等 円	不動産 (家賃収入等) 円	合 計 ○○○○○○○ 円		
利 用 料	1 全額本人負担	2 又は 3 の場合の親族 (負担者氏名)				
	2 全額親族負担	住 所 〒 (      -      )      TEL (      )				
	一部親族負担	(ふりがな) 氏 名	2 全額親族負担か 3 一部親族負担の場合は 負担される方の住所、氏名、負担額を記入 してください。また負担される方の所得証明書 も一緒に提出していただきます			
<p>負担額 (月額)</p> <p>&lt;生活歴&gt;</p> <p>※箇条書きで構いませんので出身地、兄弟、婚姻歴、子供の人数、 どのような仕事をしてきたか、趣味、特技などをご記入ください。</p>						

当てはまる  
ところに○  
をつけて  
ください

健康状態	通院中治療中 病名 高血圧		病院名 ○○病院	
	病歴 平成 28 年 白内障手術 ○○病院 29 年 盲腸 ○○病院			
親族	氏名 (ふりがな)	生年月日	本人との関係	住所：連絡先
				TEL
<b>身元保証人以外の方で兄妹や子供など近親者にあたる方を 書ける範囲で結構ですのご記入ください</b>				
身元保証人	(ふりがな) 氏名	生年月日	性別	男・女
	住所 〒 ( )		の 関係	
<b>身元保証人は2名必要です そのうち1名は酒田市近郊にお住まいの方を お願いしております また記入の際は必ずそれぞれ直筆でお願いいたします ※身元保証書へのご記入もお願いします</b>				
勤務先	名称	現在地	TEL	( )
	(ふりがな) 氏名	さかた はなこ 酒田 花子	生年月日	性別 男・女
住所	〒 ( ○○○-○○○ )	TEL ( ○○ ) ○○○	本人との関係	
	酒田市○○○○○○○○	Email ○○○○○@○○.ne.jp	長女	
勤務先	名称	現在地	TEL	( )
	○○会社	酒田市○○○○○○○○		
介護保険	介護認定	未・非該当 要支援 1・2 要介護 1・2		
	担当居宅・包括	居宅 ○○○○	担当ケアマネジャー	○○○○ケアマ
<備考>				

該当する  
ところに  
○をつけて  
ください