

地域優良賃貸住宅 ヴィルヌーブあさくら  
入居申込書

社会福祉法人 一乗谷友愛会 御中

受付日:平成 年 月 日

担当者: \_\_\_\_\_

■入居希望者・同居希望者

入居希望者	フリガナ		性別	男 ・ 女	
	氏名	⑩	生年月日	明治 ・ 大正 ・ 昭和 年 月 日	
	現住所	(〒 - )			
	電話番号	(携帯番号)			
同居希望者	フリガナ		続柄	性別	男 ・ 女
	氏名			生年月日	明治 ・ 大正 ・ 昭和 年 月 日
	※入居希望者と異なる場合にご記入ください				
	現住所	(〒 - )			
	電話番号	(携帯番号)			

■申込者（入居者と異なる場合にご記入ください）

申込者	フリガナ		入居希望者との続柄
	氏名	⑩	
	現住所	(〒 - )	
	電話番号	(携帯番号)	

■入居希望について

	第1希望	第2希望	第3希望
タイプ指定	____タイプ ・ 指定なし	____タイプ ・ 指定なし	____タイプ ・ 指定なし
階数指定	____階 ・ 指定なし	____階 ・ 指定なし	____階 ・ 指定なし
入居希望日	平成 年 月 日		

【個人情報の取り扱いについて】

当入居申込書及び添付書類の個人情報は、入居審査及び家賃減額の認定を受けるために、第三者（福井市等）へ提供することとなります。

■入居希望者の状況

1. 要介護認定について 申請なし 申請中 申請済( 要支援\_\_\_\_・要介護\_\_\_\_ )

2. 現在の状況について

自宅などで一人暮らし

自宅で家族と同居

病院などに入院中(病院名: \_\_\_\_\_ 退院時期: \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日頃)

その他 ( \_\_\_\_\_ )

3. 在宅サービスの利用について

あり (居宅支援センター: \_\_\_\_\_ 担当者: \_\_\_\_\_ )

(利用中の介護保険サービス: \_\_\_\_\_ )

なし

4. かかりつけ医について

病院名: \_\_\_\_\_ 主治医: \_\_\_\_\_

病院名: \_\_\_\_\_ 主治医: \_\_\_\_\_

5. 既往歴・入院歴

1) 現在かかっている病気

2) 今までにかかった病気、入院歴など

6. 入居動機について

一人暮らしのため

現在の生活に不安が生じたため

介護者が働いており介護が困難なため

住環境の事情により生活が困難になったため

退院後、自宅での生活が困難なため

その他 ( \_\_\_\_\_ )

7. その他ご要望、ご質問等