

市 営 住 宅 単 身 入 居 申 込 者 申 立 書

玉野市長 殿

年 月 日

以下の内容が事実と相違するときは、入居に係る一切の権利を放棄します。また、市営住宅の入居者資格の認定を行うに際し、市町村(福祉主管部局等)に意見を求める必要がある場合において、本申立書及び面接等で知り得た情報について、市町村(福祉主管部局等)に情報提供することに同意します。

申込者		性 別	男 ・ 女
フリガナ		生 年 月 日	年 月 日
氏 名		住 所	居住年数 年 月
住 所		職 業	仕事の内容

健康状態等について ※以下の質問で該当する所に✓を入れ、必要事項を記入してください。

① 現在、持病や健康に異常はありませんか。	<input type="checkbox"/> 有	病 名 (症 状 等) :
	<input type="checkbox"/> 無	病 院 名 (治 療 中 の 場 合) :
② 最近1年間に精密検査で注意されたことはありませんか。(心電図・レントゲン検査等)	<input type="checkbox"/> 有	検 査 年 月 :
	<input type="checkbox"/> 無	検 査 内 容 :
	<input type="checkbox"/> 有	検 査 理 由 :
	<input type="checkbox"/> 無	注 意 内 容 :
③ 右に示した事実はありませんか。	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 視覚障害 <input type="checkbox"/> 聴覚障害 <input type="checkbox"/> 平衡機能障害
	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 音声又は言語障害 <input type="checkbox"/> 肢体不自由
	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 心肺機能障害 <input type="checkbox"/> 呼吸機能障害
	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 腎臓機能障害 <input type="checkbox"/> その他()
④ 現在のお住まい等についてお尋ねします。	<input type="checkbox"/> 自宅等の住宅に住んでいる <input type="checkbox"/> 1 戸 建 → 階 建 <input type="checkbox"/> 集合住宅 → 階 建 の 階 エレベーターの有無: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
	<input type="checkbox"/> 施設・病院等に入所・入院している 名称: 種類: <input type="checkbox"/> 特別養護老人ホーム <input type="checkbox"/> 身体障害者療養施設 <input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 診療所 <input type="checkbox"/> その他()	

<p>⑤ 日常生活の状態についてお尋ねします。</p>	<p><input type="checkbox"/> 健康</p> <p><input type="checkbox"/> 起き上がれないほどではないが弱い</p> <p><input type="checkbox"/> 時々、起き上がれない</p> <p><input type="checkbox"/> 常に起き上がれない</p>
<p>⑥ 日常生活での介護の必要度についてお尋ねします。</p>	<p><input type="checkbox"/> 極めて介護の必要がある</p> <p><input type="checkbox"/> かなり介護の必要がある</p> <p><input type="checkbox"/> ほとんど介護の必要がない→</p> <p><input type="checkbox"/> 全く介護の必要がない → 質問は以上です。</p>
<p>⑦ 介護保険法による市町村の認定を受けていますか。</p>	<p><input type="checkbox"/> 受けている</p> <p><input type="checkbox"/> 要支援</p> <p><input type="checkbox"/> 要介護 → 区分(1~5):</p> <hr/> <p><input type="checkbox"/> 受けていない</p>
<p>⑧ 日常生活で福祉用具を使用していますか。</p>	<p><input type="checkbox"/> 使用している</p> <p>福祉用具の名称:</p> <hr/> <p><input type="checkbox"/> 使用していない</p>
<p>⑨ 現在、介護サービスを受けていますか。</p>	<p><input type="checkbox"/> 受けている</p> <p><input type="checkbox"/> 動作の全てについて <input type="checkbox"/> 動作の一部について</p> <hr/> <p><input type="checkbox"/> 受ける予定がある</p> <p><input type="checkbox"/> 動作の全てについて <input type="checkbox"/> 動作の一部について</p> <hr/> <p><input type="checkbox"/> 受けていない → 質問は以上です。</p>
<p>⑩ どのような部分について介護サービスを受けていますか。 また、受ける予定ですか。 (該当するもの全てに✓をつけてください)</p>	<p><input type="checkbox"/> 歩行 <input type="checkbox"/> 食事 <input type="checkbox"/> 入浴 <input type="checkbox"/> 排泄 <input type="checkbox"/> 着脱衣</p> <p><input type="checkbox"/> 家事 (炊事・洗濯・掃除など)</p> <p><input type="checkbox"/> その他 (</p>
<p>⑪ 現在、受けている(受ける予定の)介護の内容について、具体的にどのようなものですか。</p>	<p>内容:</p> <hr/> <p>頻度:</p> <hr/> <p>実施団体名等:</p>