

# 入居申込書

裏面の「個人情報の取扱い」の内容を了承し、これに同意します。

(をお願いします。)

## 〈お申込者様〉

申込日： 年 月 日

ふりがな 氏名	入居予定者様との続柄 (例:長男)		生年月日 年 月 日	年齢 歳
住所 <small>マンション・アパート名・ 部屋番号もご記入ください。</small>	〒 -			
連絡先	電話 FAX	携帯電話		
職業	<input type="checkbox"/> 会社員 (業種: ) <input type="checkbox"/> 公務員 <input type="checkbox"/> 主婦 <input type="checkbox"/> パート <input type="checkbox"/> その他			
どこで当ホームを お知りになりましたか?	<input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 居宅介護支援事業所 <input type="checkbox"/> 老人保健施設 <input type="checkbox"/> 役所 <input type="checkbox"/> 知人の紹介 <input type="checkbox"/> 当社ホームページ <input type="checkbox"/> 紹介会社・検索サイト( ) <input type="checkbox"/> その他( )			

## 〈ご入居予定者様〉

ふりがな 氏名	性別 男 女	生年月日 年 月 日	年齢 歳
住所 <small>(介護保険証の住所)</small>	〒 -		
現在の入院・入所・ 利用中の施設名	<input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 老人保健施設 <input type="checkbox"/> 介護付有料老人ホーム <input type="checkbox"/> ショートステイ <input type="checkbox"/> その他 施設名称 担当相談員名		
介護認定	要支援 ①② 要介護 ①②③④⑤ 有効期限: 年 月 日 ~ 年 月 日 <input type="checkbox"/> 未申請 <input type="checkbox"/> 新規申請中 (申請日 月 日) <input type="checkbox"/> 更新申請中 <input type="checkbox"/> 区分変更中 (申請日 月 日)		
介護保険自己負担割合	<input type="checkbox"/> 1割 <input type="checkbox"/> 2割 <input type="checkbox"/> 3割	医療保険自己負担割合	<input type="checkbox"/> 1割 <input type="checkbox"/> 2割 <input type="checkbox"/> 3割
居宅介護支援 事業所名	担当ケアマネジャー名 (介護サービスをご利用の方はご記入ください)		
生活保護	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( ) 福祉事務所 担当CW ( )		
医師からの告知病名	主治医	病院	科 Dr
医療行為	<input type="checkbox"/> インスリン <input type="checkbox"/> ストーマー <input type="checkbox"/> バルーン <input type="checkbox"/> 在宅酸素 ( L) <input type="checkbox"/> ペースメーカー <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 経鼻経管栄養 <input type="checkbox"/> 痰吸引 <input type="checkbox"/> その他 ( )		
認知症	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (アルツハイマー型・脳血管性・レビー小体型・その他 ( ))		
歩行	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助	補助器具	無 ・ 杖 ・ シルバーカー ・ 車椅子
食事	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助	排泄	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助

## 〈ご希望の施設〉

(第1希望) 施設名	<input type="checkbox"/> グループホーム <input type="checkbox"/> 住宅型有料老人ホーム	施設名
	<input type="checkbox"/> 介護付有料老人ホーム <input type="checkbox"/> サービス付き高齢者向け住宅	
(第2希望) 施設名	<input type="checkbox"/> グループホーム <input type="checkbox"/> 住宅型有料老人ホーム	施設名
	<input type="checkbox"/> 介護付有料老人ホーム <input type="checkbox"/> サービス付き高齢者向け住宅	

## オプションサービス

シニアセラピー	<input type="checkbox"/> 申込み <input type="checkbox"/> 無料体験希望 <input type="checkbox"/> 検討中
---------	---

お申込みは、下記までファックスまたは郵送にてお送りください。

**FAX048-631-1776**

受付時間 8:30~17:30(土・日・祝日含む毎日対応) 入居相談係

**0120-294-772**

(運営会社) ALSOK介護株式会社  
〒330-0856 さいたま市大宮区三橋2-795

担当営業



## ◆個人情報の取扱いについて

1. 当社が取得したお申込者様およびご入居予定者様（以下、「お客様等」といいます。）の個人情報（入居申込書の記載事項・支払計画書・健康診断書等）は、個人情報保護法および、ALSOK介護株式会社個人情報保護方針の趣旨に則り、適切にお取扱いいたします。
2. お客様等の個人情報は、当社にて次の目的の範囲内でのみ利用いたします。
  - (1) サービス提供にあたりお客様等に対して確認連絡を行うため
  - (2) 入居審査、契約行為のため
  - (3) 業務分析、介護サービス等の品質向上のため
  - (4) ALSOKグループの総合的なサービスをご提供するため
3. 当社および、ALSOKグループ各社（ALSOKホームページの「主要関係会社」に掲載、以下同じ。）は、第2項の目的の範囲内で、お客様等の個人情報を共同利用いたします。
  - (1) 共同利用するお客様等の個人情報は、次のとおりです。

■お客様等の

- ア 住所
- イ 氏名
- ウ 生年月日
- エ 連絡先（電話番号、携帯電話番号、FAX番号）

(2) 共同利用するお客様等の個人情報の管理について責任を有するものは、次のとおりです。

### 【個人情報保護管理責任者】

連絡先：住 所 〒330-0856 埼玉県さいたま市大宮区三橋2-795  
電話番号 0120-294-774  
受付時間 8:30～17:30（土・日除く。）

4. 当社は、お客様等の同意がない限り、次の場合を除き、第三者にお客様等の個人情報を提供することはいたしません。
  - (1) 法令に基づく場合
  - (2) 人（法人を含む。）の生命、身体または財産の保護のために必要がある場合であって、お客様等の同意を得ることが困難である場合
  - (3) 公衆衛生の向上または児童の健全な育成の推進のために特に必要がある場合であって、お客様等の同意を得ることが困難である場合
  - (4) 国の機関もしくは地方公共団体またはその委託を受けた者が法令の定める事務を遂行することに対して協力する必要がある場合であって、お客様等の同意を得ることにより当該事務の遂行に支障を及ぼすおそれがある場合
  - (5) ALSOKグループ各社および業務委託先に提供する場合

以上

**FAX048-631-1776**

受付時間 8:30～17:30（土・日・祝日含む毎日対応） 入居相談係

**0120-294-772**

（運営会社） ALSOK介護株式会社  
〒330-0856 さいたま市大宮区三橋2-795