

社会福祉法人 慶美会 施設入居月額利用料金表

令和6年8月1日～

(1) 多床室 介護福祉施設サービス費 基本料金

※この料金表は施設サービス費(自己負担分)、食費、居住費を合わせ、
1ヶ月(31日)の料金として計算しています。
※施設サービス費には各種加算が含まれています。(職員体制や
入居者個人の状況により加算を変更する場合があります)
※料金には地域単価(総単価に地域加算を乗じた値の1割)が含まれています。
(地域加算率 市川市:10.45 鎌ヶ谷市:10.27 習志野市:10.54)

清山荘

介護度	負担限度額認定段階						
	1段階	2段階	3段階①	3段階②	通常(1割)	通常(2割)	通常(3割)
1	¥34,155	¥50,275	¥58,335	¥80,345	¥110,570	¥135,424	¥160,278
2	¥36,740	¥52,860	¥60,920	¥82,930	¥113,155	¥140,595	¥168,034
3	¥39,435	¥55,555	¥63,615	¥85,625	¥115,850	¥145,985	¥176,119
4	¥42,020	¥58,140	¥66,200	¥88,210	¥118,435	¥151,155	¥183,875
5	¥44,569	¥60,689	¥68,749	¥90,759	¥120,984	¥156,253	¥191,522

※()内の割合は介護保険負担割合を示しています

ナーシングホーム市川(多床室)

介護度	負担限度額認定段階						
	1段階	2段階	3段階①	3段階②	通常(1割)	通常(2割)	通常(3割)
1	¥34,155	¥50,275	¥58,335	¥80,345	¥110,570	¥135,424	¥160,278
2	¥36,740	¥52,860	¥60,920	¥82,930	¥113,155	¥140,595	¥168,034
3	¥39,435	¥55,555	¥63,615	¥85,625	¥115,850	¥145,985	¥176,119
4	¥42,020	¥58,140	¥66,200	¥88,210	¥118,435	¥151,155	¥183,875
5	¥44,569	¥60,689	¥68,749	¥90,759	¥120,984	¥156,253	¥191,522

※()内の割合は介護保険負担割合を示しています

※サービス内容、提供体制に応じ自立支援促進加算(280単位/月)、科学的介護推進体制加算(50単位/月)、ADL維持等加算(30単位/月)、高齢者施設等感染対策向上加算Ⅱ(5単位/月)
生産性向上推進体制加算Ⅱ(10単位/月)、褥瘡マネジメント加算(13単位/月)、精神科医師定期的療養指導加算(5単位/日)などが加算される場合があります。

(2) 従来型個室 介護福祉施設サービス費 基本料金

慈祐苑(多床室)

介護度	負担限度額認定段階						
	1段階	2段階	3段階①	3段階②	通常(1割)	通常(2割)	通常(3割)
1	¥34,022	¥50,142	¥58,202	¥80,212	¥110,437	¥135,159	¥159,881
2	¥36,563	¥52,683	¥60,743	¥82,753	¥112,978	¥140,240	¥167,503
3	¥39,212	¥55,332	¥63,392	¥85,402	¥115,627	¥145,540	¥175,452
4	¥41,753	¥57,873	¥65,933	¥87,943	¥118,168	¥150,621	¥183,075
5	¥44,257	¥60,377	¥68,437	¥90,447	¥120,672	¥155,629	¥190,586

※()内の割合は介護保険負担割合を示しています

サンクレール谷津(多床室)

介護度	負担限度額認定段階						
	1段階	2段階	3段階①	3段階②	通常(1割)	通常(2割)	通常(3割)
1	¥35,988	¥52,108	¥60,168	¥82,178	¥112,403	¥138,091	¥163,779
2	¥38,596	¥54,716	¥62,776	¥84,786	¥115,011	¥143,307	¥171,602
3	¥41,315	¥57,435	¥65,495	¥87,505	¥117,730	¥148,745	¥179,760
4	¥43,922	¥60,042	¥68,102	¥90,112	¥120,337	¥153,958	¥187,580
5	¥46,493	¥62,613	¥70,673	¥92,683	¥122,908	¥159,100	¥195,292

※()内の割合は介護保険負担割合を示しています

慈祐苑(個室)

介護度	負担限度額認定段階						
	1段階	2段階	3段階①	3段階②	通常(1割)	通常(2割)	通常(3割)
1	¥45,802	¥51,692	¥72,152	¥94,162	¥126,712	¥151,434	¥176,156
2	¥48,343	¥54,233	¥74,693	¥96,703	¥129,253	¥156,515	¥183,778
3	¥50,992	¥56,882	¥77,342	¥99,352	¥131,902	¥161,815	¥191,727
4	¥53,533	¥59,423	¥79,883	¥101,893	¥134,443	¥166,896	¥199,350
5	¥56,037	¥61,927	¥82,387	¥104,397	¥136,947	¥171,904	¥206,861

※()内の割合は介護保険負担割合を示しています

ナーシングホーム市川(個室)

介護度	負担限度額認定段階						
	1段階	2段階	3段階①	3段階②	通常(1割)	通常(2割)	通常(3割)
1	¥45,935	¥51,825	¥72,285	¥94,295	¥126,845	¥151,699	¥116,553
2	¥48,520	¥54,410	¥74,870	¥96,880	¥129,430	¥156,870	¥184,309
3	¥51,215	¥57,105	¥77,565	¥99,575	¥132,125	¥162,260	¥192,394
4	¥53,800	¥59,690	¥80,150	¥102,160	¥134,710	¥167,430	¥200,150
5	¥56,349	¥62,239	¥82,699	¥104,709	¥137,259	¥172,528	¥207,797

※()内の割合は介護保険負担割合を示しています

※サービス内容、提供体制に応じ自立支援促進加算(280単位/月)、科学的介護推進体制加算(50単位/月)、ADL維持等加算(30単位/月)、高齢者施設等感染対策向上加算Ⅱ(5単位/月)
生産性向上推進体制加算Ⅱ(10単位/月)、褥瘡マネジメント加算(13単位/月)、精神科医師定期的療養指導加算(5単位/日)などが加算される場合があります。

(3) ユニット型個室 介護福祉施設サービス費 基本料金

マイホーム習志野

介護度	負担限度額認定段階						
	1段階	2段階	3段階①	3段階②	通常(1割)	通常(2割)	通常(3割)
1	¥64,491	¥67,281	¥90,531	¥112,541	¥175,967	¥203,878	¥231,789
2	¥67,067	¥69,857	¥93,107	¥115,117	¥178,543	¥209,030	¥239,517
3	¥69,826	¥72,616	¥95,866	¥117,876	¥181,302	¥214,547	¥247,792
4	¥72,439	¥75,229	¥98,479	¥120,489	¥183,915	¥219,773	¥255,631
5	¥74,978	¥77,768	¥101,018	¥123,028	¥186,454	¥224,851	¥263,248

※()内の割合は介護保険負担割合を示しています

レガール市川(かがやきヴィレッジ)

※部屋代1日、2,900円

介護度	負担限度額認定段階						
	1段階	2段階	3段階①	3段階②	通常(1割)	通常(2割)	通常(3割)
1	¥65,440	¥68,214	¥91,464	¥113,474	¥176,094	¥204,938	¥233,782
2	¥68,009	¥70,799	¥94,049	¥116,059	¥178,679	¥210,107	¥241,535
3	¥70,779	¥73,569	¥96,819	¥118,829	¥181,449	¥215,648	¥249,846
4	¥73,401	¥76,191	¥99,441	¥121,451	¥184,071	¥220,891	¥257,712
5	¥75,947	¥78,737	¥101,990	¥124,000	¥186,620	¥225,989	¥265,358

※()内の割合は介護保険負担割合を示しています

サンクレー谷津

介護度	負担限度額認定段階						
	1段階	2段階	3段階①	3段階②	通常(1割)	通常(2割)	通常(3割)
1	¥66,435	¥69,225	¥92,475	¥114,485	¥191,055	¥219,909	¥248,763
2	¥69,042	¥71,832	¥95,082	¥117,092	¥193,662	¥225,124	¥256,586
3	¥71,835	¥74,625	¥97,875	¥119,885	¥196,455	¥230,710	¥264,965
4	¥74,480	¥77,270	¥100,520	¥122,530	¥199,100	¥235,999	¥272,899
5	¥77,051	¥79,841	¥103,091	¥125,101	¥201,671	¥241,141	¥280,611

※()内の割合は介護保険負担割合を示しています

※サービス内容、提供体制に応じ自立支援促進加算(280単位/月)、科学的介護推進体制加算(50単位/月)、ADL維持等加算(30単位/月)、高齢者施設等感染対策向上加算Ⅱ(5単位/月)、生産性向上推進体制加算Ⅱ(10単位/月)、褥瘡マネジメント加算(13単位/月)、精神科医師定期的療養指導加算(5単位/日)などが加算される場合があります。

市川ヒルズ

介護度	負担限度額認定段階						
	1段階	2段階	3段階①	3段階②	通常(1割)	通常(2割)	通常(3割)
1	¥64,573	¥67,363	¥90,613	¥112,623	¥172,980	¥200,972	¥228,965
2	¥67,159	¥69,949	¥93,199	¥115,209	¥175,566	¥206,145	¥236,724
3	¥69,928	¥72,718	¥95,968	¥117,978	¥178,335	¥211,683	¥245,031
4	¥72,550	¥75,340	¥98,590	¥120,600	¥180,957	¥216,927	¥252,897
5	¥75,099	¥77,889	¥101,139	¥123,149	¥183,506	¥222,025	¥260,544

※()内の割合は介護保険負担割合を示しています

レガール市川(きらめきヴィレッジ)

※部屋代1日、3,300円

介護度	負担限度額認定段階						
	1段階	2段階	3段階①	3段階②	通常(1割)	通常(2割)	通常(3割)
1	¥65,440	¥68,214	¥91,464	¥113,474	¥188,494	¥217,338	¥246,182
2	¥68,009	¥70,799	¥94,049	¥116,059	¥191,079	¥222,507	¥253,935
3	¥70,779	¥73,569	¥96,819	¥118,829	¥193,849	¥228,048	¥262,246
4	¥73,401	¥76,191	¥99,441	¥121,451	¥196,471	¥233,291	¥270,112
5	¥75,947	¥78,737	¥101,990	¥124,000	¥199,020	¥238,389	¥277,758

※()内の割合は介護保険負担割合を示しています

(4) その他ご負担して頂く料金

- (ア) 理美容、クラブ活動、外出行事等に関わる費用は別途料金がかかります。
- (イ) 日常費用支払い代行：立替金事務手数料として、1ヶ月1,000円(入院中含む)がかかります。
※医療費・薬代は利用者実費負担となります。
※オムツ代、衣類洗濯代(クリーニングは除く)は基本料金の中に含まれております。
- (ウ) 日用品費等
- (エ) 電気代 ※個室持ち込みの場合 (テレビ190円/月 冷蔵庫450円/月)
- (オ) 複写物の交付 10円/1枚(コピー代)
- (カ) 行政手続きに関する費用 ※行政手続きに係る代行手続きの経費を除く

※料金内訳の詳細に関しましては、各施設にお問い合わせください※

社会福祉法人 慶美会

特別養護老人ホームへの入居をご希望される皆様へ

この度は、社会福祉法人慶美会 特別養護老人ホームへのご入居希望を頂戴し、誠にありがとうございます。早速ですが、『社会福祉法人 慶美会 特別養護老人ホーム 入居申込書』を送付させていただきます。記載事項をご確認の上、希望するいずれかの施設へ、郵送又は窓口までご提出いただきますようお願い申し上げます。

お住まいの住所に関係なく、希望する施設を同時に複数申し込むことが可能です。提出は希望施設のいずれか1ヶ所です。

入居検討委員会について

入居申込書（要介護1・2の方は別紙も）の内容を基に「千葉県指定介護老人福祉施設の入所に関する指針」「社会福祉法人慶美会入所検討委員会運営規定」に基づき、「調査及び評価票」を作成します。それをもとに入所検討委員会を行い入所待機者順位名簿を作成します。名簿順に各施設より直接ご連絡させていただきます。

入所申込提出先・問い合わせ先

①サンクレール谷津

〒275-0026 千葉県習志野市谷津4-6-10 電話 047-411-5888

②清山荘

〒272-0802 千葉県市川市柏井町4-314 電話 047-337-1231

③ナーシングホーム市川

〒272-0802 千葉県市川市柏井町4-310 電話 047-339-5600

④市川ヒルズ

〒272-0802 千葉県市川市柏井町4-312 電話 047-337-9888

⑤レガーレ市川

〒272-0802 千葉県市川市柏井町4-315 電話 047-303-7700

⑥慈祐苑

〒273-0114 千葉県鎌ヶ谷市道野辺214-4 電話 047-446-3300

⑦マイホーム習志野

〒275-0004 千葉県習志野市屋敷1-1-1 電話 047-470-1212

※ご不明な点等ありましたらご遠慮なくお問い合わせください。

（土・日祝祭日も受付しておりますが担当者が不在の場合は後日ご連絡させていただきます。）

提出していただくもの

- 『社会福祉法人慶美会 特別養護老人ホーム 入居申込書』 3ページ（両面印刷）
- 『特別養護老人ホーム入居申込書別紙（要介護度1・2の方用）』 1ページ

（要介護1・2の方は必ず記入の上提出して下さい。記載がない場合は受付ができない場合がございます。）

注意事項

- 提出していただく書類は、コピーなどの控えをお手元に保管をお願いいたします。
- ご記入していただいた内容をもとに入所検討委員会にて優先順位が決定いたします。
記入・提出漏れがあった場合、ご入居の必要性の判断に影響がでることがございます。
- 今後、施設からのご案内やご連絡は、申込者（連絡先）欄の方にさせていただきます。申込者は必要時、責任をもって他親族等へのご連絡を行っていただきますようお願いいたします。
- 申込み後に、申込み内容等に変更がありましたら、お手数ですがご連絡をお願いいたします。また、他施設に入居された場合や、ご逝去されたなどによって、申込みを辞退される場合にも、必ずご連絡をいただけますようお願いいたします。

社会福祉法人 慶美会 特別養護老人ホーム 入居申込書

申込日 令和 年 月 日

受付日 令和 年 月 日

※今後、ご連絡や郵便物などはこの連絡先にお送りさせていただきます。

（連絡先） 申込者	住所	〒 _____		
	氏名	(フリガナ)	電話	(自宅) () (携帯) ()
		続柄 ()	印	

特別養護老人ホームに入居したいので、次のとおり申し込みます。

1. 入居希望施設（希望する施設に「○」をしてください。）

チェック	施設名	所在地	居室種類	定員
	①サンクレール谷津	習志野市谷津	多床室・ユニット型個室	100名
	②清山荘	市川市柏井町	多床室	100名
	③ナーシングホーム市川		多床室・従来型個室	60名
	④市川ヒルズ		全室個室	100名
	⑤レガーレ市川		全室個室	150名
	⑥慈祐苑	鎌ヶ谷市道野辺	多床室・従来型個室	136名
	⑦マイホーム習志野	習志野市屋敷	全室個室	150名

※お住まいの住所に関係なく、この一部でご希望の施設への申し込みが可能です

2. 他施設申込み状況（該当する項目に☑をしてください。）

今回の希望施設のみ申し込む。

上記以外の施設も申し込んでいる。（今後申し込む予定も含めて施設名を記入してください。）

施設名 () () ()
() () ()

入居希望時期 今すぐ入所したい
 令和 年 月頃までに入所したい

3. 入居希望者本人の状況（入居申込みができるのは、原則要介護3以上の方です。）

(フリガナ)	男・女	要介護度	3・4・5 ※要介護度1・2の方は別紙へ要介護度を記入してください。
氏名		被保険者番号	
生年月日	大・昭 年 月 日 (歳)	保険者 (交付市町村)	
現住所	〒 _____	要介護認定期間	H・R 年 月 日から H・R 年 月 日まで
介護保険負担限度額認定証	有・無 (有の方はご記入下さい) 食費の負担限度額 () 円	介護保険負担割合証	1割・2割・3割
本人の居所・現況	<input type="checkbox"/> 自宅で一人暮らしをしている <input type="checkbox"/> 自宅で夫婦のみで暮らしている <input type="checkbox"/> 自宅で家族と暮らしている <input type="checkbox"/> 老人保健施設に入所している⇒【施設名： _____】 <input type="checkbox"/> 老人保健施設以外の施設や病院に入所している ⇒【病院名・施設名： _____】		

4. 認知症の状況

【ご本人の主治医意見書に記載されている「認知症高齢者の日常生活自立度」を記入してください。】
 (施設の方やケアマネージャー、主治医等にご確認の上、下の該当する項目に「○」をしてください。)

自立 ・ I ・ IIa ・ IIb ・ IIIa ・ IIIb ・ IV ・ M

5. 担当ケアマネージャー及び入所施設・入院施設担当者

施設・病院・事業所名：	担当者名：
住所：	電話番号：

6. 入居希望者本人の身体・生活の状況（ご記入、☑、○をしてください）

病歴	【現在治療中の病気（内服中・通院中含め）】 【過去に治療した病気】
現在必要な医療状況	<input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> インシュリン注射 <input type="checkbox"/> 透析 <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> その他 ()
視力	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 大きい字なら見える <input type="checkbox"/> ほとんど見えない <input type="checkbox"/> 全く見えない
聴力	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 大声なら聞こえる <input type="checkbox"/> ほとんど聞こえない <input type="checkbox"/> 全く聞こえない (右・左)
会話	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> やや不自由 <input type="checkbox"/> ほとんど話せない <input type="checkbox"/> 全く話せない
意思疎通	<input type="checkbox"/> 可能 <input type="checkbox"/> やや困難 <input type="checkbox"/> その場のみ可能 <input type="checkbox"/> 困難
立位	<input type="checkbox"/> 可能 <input type="checkbox"/> つかまれば可能 <input type="checkbox"/> 少しなら可能 <input type="checkbox"/> 困難
座位	<input type="checkbox"/> 可能 <input type="checkbox"/> 背もたれがあれば可能 <input type="checkbox"/> 困難 (座位保持できる時間： 時間位)
歩行(移動)	<input type="checkbox"/> 可能 <input type="checkbox"/> 杖や歩行器を使用 <input type="checkbox"/> はいすりで移動 <input type="checkbox"/> 常にベッド上である <input type="checkbox"/> 車椅子を使用 (自走：可・不可)
食事	<input type="checkbox"/> 自力で可能 <input type="checkbox"/> 声かけ、見守りが必要 <input type="checkbox"/> 多少介助が必要 <input type="checkbox"/> 全介助 【主食】(普通・粥・ペースト) 【おかず】(普通・刻み・ミキサー・ペースト) 【飲み込み】(良い・あまり良くない・悪い) 【水分】(普通・トロミ使用)
口腔ケア	<input type="checkbox"/> 自力で可能 <input type="checkbox"/> 声かけ、見守りが必要 <input type="checkbox"/> 多少介助が必要 <input type="checkbox"/> 全介助
排泄	<input type="checkbox"/> 自力で可能 (トイレ・ポータブルトイレ) <input type="checkbox"/> 声かけ、誘導が必要 <input type="checkbox"/> 全介助 【使用している物】(パット・紙パンツ・紙オムツ) 【尿意】(ある・あいまい・ない)
入浴	<input type="checkbox"/> 一人で可能 <input type="checkbox"/> 声かけ、見守りが必要 <input type="checkbox"/> 多少介助が必要 <input type="checkbox"/> 全介助
更衣	<input type="checkbox"/> 一人で可能 <input type="checkbox"/> 声かけ、見守りが必要 <input type="checkbox"/> 多少介助が必要 <input type="checkbox"/> 全介助
麻痺等	【麻痺が】(ある・ない) ⇒ 麻痺の部位 () 【関節が動かない、変形している】(ある・ない) ⇒ その部位 ()
出生地	生家稼業 学歴 職歴 婚姻 歳頃
経済状況「○」をして頂き、金額をご記入下さい。 【年金】(国民・厚生・共済・遺族・恩給・障害) 円/月 【生活保護】(有・無) 【その他収入】 円/月 【市民税】(課税世帯・非課税世帯)	
生活上のこだわりや性格の特徴・宗教。また認知症による不適応行動があれば具体的にご記入ください。	

7. 入居を希望する理由（該当するものすべてに☑をしてください。）

入居申込みができるのは、原則要介護3以上の方です。要介護1・2の方は入居を必要とするやむを得ない理由が必要となりますので、別紙へも必ずご記入下さい。ご記入がない場合は、受付ができない場合がございます。

【入居希望理由】

- 介護する者がいないため。
- 介護する者が「高齢」、「障害」、「疾病」等により十分な介護が困難なため。
- 介護する者が他の家族の「介護」、「看病」、「育児」等により十分な介護が困難なため。
- 介護する者が就労していることから、十分な介護が困難なため。
- 介護する者が介護を拒否しているため。
- 主に介護する者が同居している方ではなく、近隣者や別居血縁者であるため。
- 介護する者の身体的・精神的負担が大きく十分な介護が困難なため。
- 居住環境の事情により十分な介護が困難なため。
- 施設や病院等から退所を求められているが、自宅での介護が困難なため。
- その他 ()

【在宅で介護することが困難な理由】

8. 主に介護をしている方、ご家族の状況

(フリガナ)		続柄	男・女	生年月日	大・昭・平	年	月	日
主な介護者氏名						(歳)

※上記以外の家族・親族者

	氏名	続柄	生年月日	職業	連絡先
同居家族			T・S・H / /		- -
			T・S・H / /		- -
			T・S・H / /		- -
			T・S・H / /		- -
別居親家族等・			T・S・H / /		- -
			T・S・H / /		- -
			T・S・H / /		- -
			T・S・H / /		- -

※他の要介護者（入居希望者以外に、要介護認定を受けている方がいる場合、ご記入下さい）

氏名	続柄	生年月日	要介護度	現在居所
		T・S / /	要支援1・2 要介護1・2・3・4・5	同居・別居・施設・病院・他
		T・S / /	要支援1・2 要介護1・2・3・4・6	同居・別居・施設・病院・他

【同意事項】

- 本入居申込書・調査及び評価票の内容を、社会福祉法人慶美会に提供することに同意します。
- 本入居申込書・調査及び評価票の内容を自治体から情報提供依頼があった場合、自治体へ提供することに同意します。
- 本入居申込書・調査及び評価票の内容について、関係病院・施設、担当ケアマネージャーに確認することについて同意します。
- 本入居申込書・調査及び評価票の内容を、入所検討等に関わる範囲内で、使用することに同意します。

令和 年 月 日

入所希望者 氏名 _____ 印

入居申込者 氏名 _____ 印

※社会福祉法人慶美会は、保有する個人情報の取り扱いに関し、適正かつ適切に対処致しております。

要介護度1・2の方用

慶美会 特別養護老人ホーム 入居申込書別紙

※要介護度1・2の方は、必ずご記入の上、申込書と一緒に提出をお願いします。
 もし、記入・提出漏れがある場合は、受付をできない場合がございます。

- 平成27年4月1日より介護保険法が改正され、特別養護老人ホームに入居できる方は、原則要介護度3・4・5の方が対象となります。
- 要介護度1又は2の方は、下記の要件に当てはまる方のみ入居検討対象となります。
 ※ 入居検討対象となるか確認をするもので、下記の要件に当てはまることで、入居が決定されるものではありません。

【入居希望者本人】

(フリガナ)		男 ・ 女	要介護度 (○をしてください)	要介護度1 要介護度2
氏名				

～下記の当てはまる項目に☑をしてください～

※いずれにも当てはまらない場合は、入居検討対象となりません。

- 認知症である者であって、日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁に見られる。
- 知的障害・精神障害等を伴い、日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さ等が頻繁に見られる。
- 家族等による深刻な虐待が疑われること等により、心身の安全・安心の確保が困難である。
- 単身世帯である、同居家族が高齢又は病弱である等により家族等による支援が期待できず、かつ、地域での介護サービスや生活支援の供給が不十分である。

☑を付けた項目について具体的状況を記載してください。
 (日常生活に支障がある症状・行動等)

お住いの状況	<input type="checkbox"/> 現在の住居又は入所施設・病院から退所を迫られている。 退所予定日 令和 年 月 日) <input type="checkbox"/> 入院・入所中であるが、戻る家がない。 <input type="checkbox"/> 本人専用の部屋又は家が2階以上だがエレベーターなどの昇降手段がない <input type="checkbox"/> 介護上住宅改修が必要だが何らかの問題で住宅改修ができない
--------	--

入居希望者氏名 _____ 印
 入居申込者氏名 _____ 印