

入居申込の流れ

指定介護老人福祉施設の「運営に関する基準」及び厚生労働省の省令に基づき、入居決定の透明性と公平性を明らかにするため、以下の手続きを実施します。

① 入居申込ができる方

ご本人か、成年後見人もしくは代理人（家族、民生委員児童委員、介護支援専門）

② 申込時の必要書類（生活相談員より重要事項等説明を受け同意のうえ提出ください）

- 入所申込書兼台帳
- 入所申込に係る同意書
- 基本調査票
- 介護保険被保険者証の写し
- 介護保険負担割合証の写し
- 介護保険負担限度額認定証の写し(該当者のみ)
- 後期高齢者被保険者証の写し(該当者のみ)
- 障がい者手帳の写し(該当者のみ)
- 療育手帳の写し(該当者のみ)
- 福祉医療受給者証の写し(該当者のみ)
- 特定医療費（指定難病）受給者証(該当者のみ)
- 特列入所の要件理由書（要介護1、2の方のみ）

③ 入居決定後の必要書類

- 診療情報提供書
- 健康診断書
- 認知症診断書
- 生活歴（当施設仕様の書式にて）

④ 入居までの流れ

1. 受付：申込時の必要書類②をもって受付完了
2. 入居申込名簿へ登録：選考者名簿作成
3. 入居検討委員会：名簿に基づいて審議、選考を月に1-2ヶ月に一回開催
*施設長・生活相談員・介護支援専門員・介護/看護職員・事務長
4. 選考：要介護度・介護困難性・サービス利用状況・緊急性等を考慮し検討
5. 契約：入居日の調整及び入所契約書や重要事項説明書の説明をします。
6. 入居：ご家族様または介護タクシー等にてお越しく下さい

⑤ 申込後の留意点

1. 要介護更新認定の都度に、介護保険被保険者証の写しを郵送かメールください。
2. お申し込み後お待ちの間は、その後の様子や入居希望の意向を確認させていただきます。

●お問い合わせ先

特別養護老人ホームみのわの里三山 群馬県高崎市箕郷町東明屋 394 TEL 070-1572-1919

指定介護老人福祉施設 [特別養護老人ホーム みのわの里三山] 等入所申込書兼台帳

(家族等代理の場合) 申込者連絡先	氏名:	続柄
	〒	
	住所:	
	電話番号	

施設記入欄	申込日	年 月 日	受付日	年 月 日
	受付番号		担当者名	
	法人名			
	入所申込施設名			
	保険者への報告	不要 ・ 要 報告日: 令和 年 月 日		

今後、郵便物などはこの連絡先にお送りさせていただきます。

本人の状況	(フリガナ)		性別		保険者(番号)	
	氏名		男 女		被保険者番号	
	生年月日	明・大・昭 年 月 日(満 歳)			要介護認定期間	平成・令和 年 月 日から 平成・令和 年 月 日まで ※未申請の方は記入してください 令和 年 月 日
	要介護度	<u>1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5</u> 要介護1・2は下記のいずれかの該当が必要です <input type="checkbox"/> 認知症があり日常生活に支障をきたすような症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁にみられる。 <input type="checkbox"/> 知的障がい・精神障がい等を伴い、日常生活に支障をきたすような症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁にみられる。 <input type="checkbox"/> 家族等による深刻な虐待が疑われる等により、心身の安全・安心の確保が困難な状況である。 <input type="checkbox"/> 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。				
	障がいの程度	<input type="checkbox"/> 療育手帳あり (<input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2) <input type="checkbox"/> 精神障がい者保健福祉手帳あり (<input type="checkbox"/> 1級 <input type="checkbox"/> 2級 <input type="checkbox"/> 3級)				
	自宅住所	〒			電話番号	
	現在の居所 ※自宅以外に居住している場合に記入	<input type="checkbox"/> 自宅で単身 <input type="checkbox"/> 高齢者のみの世帯 <input type="checkbox"/> 自宅で家族と暮らしている <input type="checkbox"/> 他の施設や病院に入っている 施設・病院の名称: _____ 所在地: 〒 _____ 入所又は入院期間: 令和 年 月から(年 月) 電話番号: _____ ()				
	入所申込理由	<input type="checkbox"/> 介護する者がいないため <input type="checkbox"/> 介護する者が「高齢」、「障がい」、「疾病」等により十分な介護が困難なため <input type="checkbox"/> 介護する者が就労していることから、(昼間独居となり常時の)十分な介護が困難なため <input type="checkbox"/> 介護する者の身体的・精神的負担が大きく十分な介護ができないため <input type="checkbox"/> 介護する者が遠方に居住していることにより十分な介護ができないため <input type="checkbox"/> 居住環境の事情により十分な介護が困難なため <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 介護保険の居宅サービス給付の区分支給額を超えており、経済的負担が大きいため <input type="checkbox"/> その他 ()				
	本人の入所意向	<input type="checkbox"/> 入所を希望している <input type="checkbox"/> 迷っている <input type="checkbox"/> 拒否している <input type="checkbox"/> 知らせていない <input type="checkbox"/> 認知力低下により理解困難				

本人の状況	在宅介護継続期間	年	か月	居宅サービスの利用の有無	□有(下記も記入してください) □無		
	申込日前月に利用中のサービス(月分)	訪問介護	回/月	訪問入浴	回/月	訪問看護	回/月
		通所介護	回/月	短期入所生活・療養介護	日/月	訪問リハ	回/月
		その他					
	入所希望時期	□早期希望(1~3か月内) □6か月以内 □1年以内 □1年以上()年以内					
	利用している居宅介護支援事業所名	電話番号:		担当ケアマネジャー名			
医療の状況	<input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> インスリン自己注射 <input type="checkbox"/> ストーマ(人工肛門)処置 <input type="checkbox"/> カテーテル <input type="checkbox"/> 中心静脈栄養 <input type="checkbox"/> その他() 現在治療中の病名 _____ 受診している医療機関 _____ 【特記事項】						
他施設への申込状況	<input type="checkbox"/> 当該施設のみ申込み <input type="checkbox"/> 他の施設(特養・老健・療養型・病院)にも申込んで(予定も含む)いる()箇所 既に申込んでいる施設名()() 今後申込み予定の施設名()() 特養待機期間(他施設も含む) 年 月 日						
主たる介護者の状況	家族構成	□親 □配偶者 □子 □孫 □その他() 計 人					
	(フリガナ)	性別	年齢	本人との関係	続柄() □同居 □別居 住所:		
	主たる介護者の氏名	男・女	満歳		電話番号: ()		
意見等(介護等で困っていること)	(注: 身体的状況(健康状態)や仕事の有無(週の勤務日数及び時間)などを記入してください。)						
同居以外の親族・援助者の有無について	1. 子 2. 兄弟・親戚等 3. 親族はないが援助者あり 4. 親族・援助者なし						

■注1 介護保険被保険者証・介護保険要介護認定調査票基本調査・直近3か月分のサービス利用表及び別表の写しを添付のこと

注2 要介護度など要件や他施設へ入所されるなどの状況に変化があった場合は、すぐに施設へお知らせください。

注3 必要に応じて申込後の状況について、施設から確認や連絡をすることがあります。

注4 入所希望時期については、入所決定に際して、なんら影響を与えるものではありませんので、ありのままご記入ください。

入所申込みに係る同意書

指定介護老人福祉施設（特別養護老人ホームみのわの里三山）等入所の申込みにあたり、その手続きについて説明を受け、下記の事項について同意します。

記

- 入所申込みを受けた施設が介護保険の保険者[市町村等]（以下「介護保険者」という）に対し、本申込書の内容及び、施設入所選考に必要な情報を提供すること
- 介護保険者が介護保険サービスの提供に際して、必要な情報を関係する機関又は介護サービス事業者に提供すること

【要介護 1 又は 2 で特列入所の要件に該当する人のみ】

- 介護保険者が施設入所選考に際して、保有する情報や、関係する機関又は介護サービス事業者から取得した情報を、施設に対し提供すること

令和 年 月 日

入所申込者（本人） 氏名： _____

家族等代理の方 氏名： _____

主たる介護者の方 氏名： _____

標準様式 1

指定介護老人福祉施設〔特別養護老人ホーム〕等入所申込書兼台帳

(家族等代理の場合) 申込者連絡先	氏名： 三山 〇郎	続柄	子
	〒 370-XXXX		
	住所：群馬県高崎市箕郷町東明屋×丁目×番地××		
	電話 番号	027-(XXX)-XXXX	

施設 記 入 欄	申込日	年 月 日	受付日	年 月 日
	受付番号	担当者名		
	法人名			
	入所申込 施設名			
	保険者へ の報告	不要 ・ 要 報告日： 令和 年 月 日		

今後、郵便物などはこの連絡先にお送りさせていただきます。

本 人 の 状 況	(フリガナ)	ミヤマ 〇〇コ	性別	男	保険者(番号)	〇〇市	2	7	0	1	2	3																											
	氏名	三山 〇〇子		♀	被保険者番号	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9																								
	生年月日	明・大・ <u>昭</u> 10年10月10日 (満79歳)	要介護 認定期間	平成 令和 30年 9月 1 日から 平成 令和 3年 8月 31 日まで ※未申請の方は記入してください 令和 年 月																																			
	要介護度	<p>1 ・ 2 ・ ③ ・ 4 ・ 5</p> <p>↓</p> <p>要介護1・2は下記のいずれかの該当が必要です</p> <p><input type="checkbox"/>認知症があり日常生活に支障をきたすような症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁にみられる。</p> <p><input type="checkbox"/>知的障がい・精神障がい等を伴い、日常生活に支障をきたすような症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁にみられる。</p> <p><input type="checkbox"/>家族等による深刻な虐待が疑われる等により、心身の安全・安心の確保が困難な状況である。</p> <p><input type="checkbox"/>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。</p>																																					
	障がいの 程 度	<input type="checkbox"/> 療育手帳あり (<input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2) <input type="checkbox"/> 精神障がい者保健福祉手帳あり (<input type="checkbox"/> 1級 <input type="checkbox"/> 2級 <input type="checkbox"/> 3級)																																					
	自宅住所	〒370-XXXX 群馬県高崎市北原町×番地××	電話 番号	027 (XXX) XXXX																																			
	現在の居所 ※自宅以外 に居住して いる場合に 記入	<input type="checkbox"/> 自宅で単身 <input type="checkbox"/> 高齢者のみの世帯 <input checked="" type="checkbox"/> 自宅で家族と暮らしている <input type="checkbox"/> 他の施設や病院に入っている <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>施設・病院 の名称</td> <td>所 在 地</td> <td>〒</td> <td colspan="10">-</td> </tr> <tr> <td>入所又は入院期間</td> <td>令和 年 月から(年 月)</td> <td>電話 番号</td> <td colspan="10">()</td> </tr> </table>												施設・病院 の名称	所 在 地	〒	-										入所又は入院期間	令和 年 月から(年 月)	電話 番号	()									
	施設・病院 の名称	所 在 地	〒	-																																			
	入所又は入院期間	令和 年 月から(年 月)	電話 番号	()																																			
	入所申込 理 由	<input type="checkbox"/> 介護する者がいないため <input checked="" type="checkbox"/> 介護する者が「高齢」、「障がい」、「疾病」等により十分な介護が困難なため <input type="checkbox"/> 介護する者が就労していることから、(昼間独居となり常時の)十分な介護が困難なため <input checked="" type="checkbox"/> 介護する者の身体的・精神的負担が大きく十分な介護ができないため <input type="checkbox"/> 介護する者が遠方に居住していることにより十分な介護ができないため <input type="checkbox"/> 居住環境の事情により十分な介護が困難なため <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 介護保険の居宅サービス給付の区分支給額を超えており、経済的負担が大きいため <input type="checkbox"/> その他 ()																																					
本人の 入所意向	<input checked="" type="checkbox"/> 入所を希望している <input type="checkbox"/> 迷っている <input type="checkbox"/> 拒否している <input type="checkbox"/> 知らせていない <input type="checkbox"/> 認知力低下により理解困難																																						

※1 「申込日」：申込者が施設へ提出した日(郵送により提出した場合は投函日)

※2 「受付日」：特別養護老人ホームが受け付けた日

※3 「申込者」：本人又は本人を代理する家族等になります。

本人等の記入が困難な場合には、ケアマネジャー等が代筆することも可能です。

(ケアマネジャー等が代筆される場合は、代筆者の名前を右肩に併記してください。具体的な記入例は下記のとおり)

標準様式 1		(代筆者：ケアマネジャー〇〇 〇〇)									
指定介護老人福祉施設 [特別養護老人ホーム] 入所申込書兼台帳											
氏名： 三 山 〇 郎		続 柄 子		申 込 日		年 月 日		受 付 日		年 月 日	

※4 「保険者番号」「被保険者番号」「要介護認定期間」：被保険者証に記載されている内容を記入してください。

※5 「要介護度」：区分変更、更新申請中の場合は現在の認定結果を記入してください。結果がわかり次第施設にご連絡ください。要介護 1 又は 2 の方は、4 つの要件のいずれかに該当することが必要です。該当しない場合は申込みができません。

※6 知的障がい・精神障がいの方で療育手帳や精神障がい者保健福祉手帳をお持ちの方は等級を記入してください。

※7 「現在の居所」：該当するもの、いずれか1つに“✓”を記入してください。

施設や病院に入所(院)されている方は、施設や病院の名称、所在地、電話番号、入所又は入院の時期を記入してください。

認知症高齢者グループホームに入居されている方や、有料老人ホーム、軽費老人ホーム等で特定施設入所者生活介護を受けている方もこの欄に記載してください。

※8 「入所申込理由」：該当するものすべてに“✓”を記入してください。(複数でも可能です)

※9 「本人の入所意向」：該当するもの、いずれか1つに“✓”を記入してください。

本人の状況	在宅介護継続期間	3年 6か月		居宅サービスの利用の有無		<input checked="" type="checkbox"/> 有(下記も記入してください) <input type="checkbox"/> 無	
	申込日前月に利用中のサービス(月分)	訪問介護	回/月	訪問入浴	回/月	訪問看護	回/月
		通所介護	8回/月	短期入所生活・療養介護	12日/月	訪問リハ	回/月
	入所希望時期	<input type="checkbox"/> 早期希望(1~3か月内) <input checked="" type="checkbox"/> 6か月以内 <input type="checkbox"/> 1年以内 <input type="checkbox"/> 1年以上()年以内					
利用している居宅介護支援事業所名	居宅介護支援事業所〇〇〇		担当ケアマネジャー名		三山 〇〇		電話番号: 027(×××)××××
医療の状況	<input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> インスリン自己注射 <input type="checkbox"/> ストーマ(人工肛門)処置 <input type="checkbox"/> カテーテル <input type="checkbox"/> 中心静脈栄養 <input type="checkbox"/> その他() 現在治療中の病名 <u>高血圧症</u> 受診している医療機関 <u>〇〇医院</u> 【特記事項】 <u>認知症</u>						
他施設への申込状況	<input type="checkbox"/> 当該施設のみ申込み <input checked="" type="checkbox"/> 他の施設(特養・老健・療養型・病院)にも申込んで(予定も含む)いる(1 箇所) 既に申込んでいる施設名(〇〇〇苑)() 今後申込み予定の施設名()() 特養待機期間(他施設も含む) 1年 8か月						
主たる介護者の状況	家族構成	<input type="checkbox"/> 親 <input checked="" type="checkbox"/> 配偶者 <input checked="" type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> 孫 <input type="checkbox"/> その他()計 人					
	(フリガナ)	ミヤマ 〇〇エ		性別	年齢	続柄(子の配偶者) <input checked="" type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居 住所: 申込者と同じ	
	主たる介護者の氏名	三山 〇江		男・女	満歳	電話番号: (同上)	
意見等(介護等で困っていること)	(注:身体的状況(健康状態)や仕事の有無(週の勤務日数及び時間)などを記入してください。) (例)妻はパートで週の前半はフルタイム、後半は午前勤務になるよう調整し、母の介護を行ってきたが母の昼夜逆転が顕著になり、私も夫も夫婦ともども夜間の介護で身体的・精神的に参ってきている。経済的な事情で妻も仕事を辞めることは難しく、自宅での介護に限界を感じている。						
同居以外の親族・援助者の有無について	1. 子 2. 兄弟・親戚等 3. 親族はないが援助者あり ④. 親族・援助者なし						

■注1 介護保険被保険者証・介護保険要介護認定調査票基本調査・直近3か月分のサービス利用表及び別表の写しを添付のこと

注2 要介護度など要件や他施設へ入所されるなどの状況に変化があった場合は、すぐに施設へお知らせください。

注3 必要に応じて申込後の状況について、施設から確認や連絡をすることがあります。

注4 入所希望時期については、入所決定に際して、なんら影響を与えるものではありませんので、ありのままご記入ください。

- ※10 「在宅介護継続期間」：在宅サービスの利用の有無にかかわらず、在宅で介護された期間を記入してください。現在、他の介護保険施設や病院に入院中の方は空欄で結構です。
- ※11 「居宅サービスの利用の有無」：該当するもの、いずれか1つに“✓”を記入してください。現在、他の介護保険施設や病院に入院中の方は空欄で結構です。
“有”に記入された場合は、「申込日前月に利用中のサービス」の欄に記入してください。
- ※12 「申込日前月に利用中のサービス」：該当するサービスすべてについて、前月1か月間に利用した回数を記入してください。
「福祉用具貸与」については、品目数を記入してください。
「短期入所生活介護」「短期入所療養介護」については、利用日数の合計を記入してください。
- ※13 「入所希望時期」：参考までに該当するもの、いずれか1つに“✓”を記入してください。“1年以上”の場合には、何年以内か数字を記入してください。
- ※14 「居宅介護支援事業所名」：直近3か月で利用した居宅介護支援事業所の名称、電話番号、担当ケアマネジャーの氏名を記入してください。
また、居宅介護支援事業所を利用されておられず、担当のケアマネジャーや、その役割を果たされる方(入院されておられる場合、入院先の医療ソーシャルワーカーの方等)がいらっしゃらない場合は空欄で結構です。
- ※15 「医療の状況」：該当するものに“✓”を記入してください。(複数でも可能です)
“その他”に記入した場合は、その内容を()に可能な限り具体的に記載してください。
“現在治療中の病名”は主な傷病を記載してください。
- ※16 「他施設への申込状況」：該当するもの、いずれか1つに“✓”を記入してください。
“他の施設にも申し込んでいる”の場合は、既に申し込んでいる施設また、今後申し込む予定の施設名を記入してください。
“特養待機期間(他施設も含む)”については、最初に申し込んだ時点からの期間を記入してください。
申し込んでおられる病院が介護保険の指定介護療養型施設として指定されているかどうか分からない場合は、**【病院】**として記入してください。
- ※17 「家族構成」：主たる介護者の家族構成を記入してください。
- ※18 「主たる介護者」：主に介護を行っている方について、記入してください。
他の介護保険施設や病院等に3か月以上入所・入院中など、主たる介護者が特定できない場合は、介護者の欄は空欄で結構です。ただし、3か月以内の入所・入院中の場合で、自宅で主たる介護者が特定できる場合は介護者を記入してください。なお、養護老人ホームや軽費老人ホームにご入所・ご入居されている方は、空欄で結構です。
- ※19 「本人との関係」：主たる介護者が申込者と異なる場合は、主たる介護者からみた関係を記載してください。同居、別居のいずれか1つに“✓”を記入してください。
- ※20 「意見等」：在宅生活を継続することが、困難な事情等を具体的に記載してください。
- ※21 「同居以外の親族や援助者等の有無」：該当するもの、いずれか1つに“✓”を記入してください。
- ※22 「入所申込みに係る同意書」：本制度の運営につきましては、特別養護老人ホームへの入所の必要性が高い方々の優先的な入所を円滑に進めることを目的として、皆様の申し込み内容に基づき行政機関が必要に応じて連携して適切な対応をすることとしております。
本制度にご理解をいただき、同意書に記載している事柄について、保険者(市町村等)や関係機関・関係団体及び施設に報告することについてご同意をいただきますようよろしくお願いいたします。なお、この申込書に記載されている情報につきましては、個人情報の取扱いに関する法令、群馬県や各市町村が定めた条例等に基づき、申込者個人のプライバシーに関する情報として厳正に管理されますことを申し添えます。

入所申込みに係る同意書

指定介護老人福祉施設（特別養護老人ホームみのわの里三山）等入所の申込みにあたり、その手続きについて説明を受け、下記の事項について同意します。

記

- 入所申込みを受けた施設が介護保険の保険者[市町村等]（以下「介護保険者」という）に対し、本申込書の内容及び、施設入所選考に必要な情報を提供すること
- 介護保険者が介護保険サービスの提供に際して、必要な情報を関係する機関又は介護サービス事業者に提供すること

【要介護 1 又は 2 で特例入所の要件に該当する人のみ】

- 介護保険者が施設入所選考に際して、保有する情報や、関係する機関又は介護サービス事業者から取得した情報を、施設に対し提供すること

申込み日を記入

令和 年 月 日

入所申込者（本人） 氏名： 三山 〇子

家族等代理の方 氏名： 三山 〇郎

主たる介護者の方 氏名： 三山 〇江

3. 介護の困難性（該当欄に○印を付けて下さい。該当するものがない場合は具体例を記入して下さい。）

	身寄り若しくは独り暮らしで介護者も無く生活に支障が生じている。
	主たる介護者が遠方又は、病気で長期入院中。
	主たる介護者が高齢者・障害又は疾病があり在宅療養中。
	主たる介護者が育児又は複数の被介護者が在宅にいる。
	主たる介護者が就業している。
	病院や老人保健施設から退所を求められ、在宅復帰の検討をしたが認知症の症状が中等度以上である。
	寝室の確保・住宅構造・借家等住宅環境の事情により自宅での生活が困難である。
その他	

- ※「身寄り」とは、2親等以内（兄弟・子・孫等）の家族・親族をいう。
 「遠方」とは、往復移動に1日程度かかってしまうような場合。
 「高齢者」とは、75歳以上。「障害」とは、身障手帳の保持者をいう。
 「育児」とは、小学生未満児の養育。
 「就業」とは、週20時間以上の就労。

4. 緊急度など特別な事由（3. 介護の困難性と同様）

	主たる介護者が急死・居住の立ち退きを迫られている。
	認知症による激しい行動障害がある。
	本人と主たる介護者の関係が良好でないため介護に影響がある。
	老人保健施設又は病院に入所中だが、退所後の在宅生活が困難で転居先が見つからない。
その他	

5. 施設の希望状況（該当する方に○印を記入してください。）

<ul style="list-style-type: none"> ・ 申込なし ・ 申込あり <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="text-align: center;">第一希望</td> <td style="text-align: center;">第二希望</td> <td style="text-align: center;">第三希望</td> <td style="text-align: center;">第四希望</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">_____</td> <td style="text-align: center;">_____</td> <td style="text-align: center;">_____</td> <td style="text-align: center;">_____</td> </tr> </table> 					第一希望	第二希望	第三希望	第四希望	_____	_____	_____	_____
第一希望	第二希望	第三希望	第四希望									
_____	_____	_____	_____									
<ul style="list-style-type: none"> ・ 入居希望の時期 <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%;">ア. すぐに入居したい</td> <td style="width: 50%;">イ. _____年 _____月ごろ</td> </tr> <tr> <td>ウ. 特に希望はない</td> <td>エ. (_____)</td> </tr> </table> 					ア. すぐに入居したい	イ. _____年 _____月ごろ	ウ. 特に希望はない	エ. (_____)				
ア. すぐに入居したい	イ. _____年 _____月ごろ											
ウ. 特に希望はない	エ. (_____)											