

平成 年 月 日

入居申込書

上半身写真

ケアハウス おおぞら

施設長 岡田吉史 殿

私はケアハウスおおぞらの入居を希望しますので、関係書類を添えて下記の通り申し込みます。
なお、本書記載事項が事実と相違したときは、申込に関する一切の権利を放棄しても異議はありません。

フリガナ

氏 名 _____ 印

(配偶者氏名 _____)

生 年 月 日	明治・大正・昭和 年 月 日 (歳) 男・女				
現 住 所	(〒 _____) TEL (_____) _____				
日 常 生 活 動 作	視力	普通・やや悪い・悪い	食事	自力で可能・やや不安・介助必要	
	聴力	普通・やや悪い・悪い	入浴	自力で可能・やや不安・介助必要	
	言語	普通・やや不自由・悪い	排泄	自力で可能・やや不安・介助必要	
	歩行	自立・やや不安・不可能	着脱衣	自力で可能・やや不安・介助必要	
状 況	健全 ・ 病弱		障 害	有・無 有の場合 部位	
	持病 (病名)			障害手帳 有 ・ 無 種 級 障害名 :	
希 望 す る 部 屋	A. 1人部屋 B. 1人部屋 (風呂付) C. 夫婦部屋 (風呂付)		管理費一時納入金支払方法		
			1. 入居時一括支払方式 2. 入居時半額支払併用方式 3. 分割方式		
収 入 状 況	国民年金 等	種類	年額	円	
	厚生年金 等	種類	年額	円	
	恩給 等	種類	年額	円	
	給与	勤務	月額	円	
	その他の収入	種類	年額	円	
	合 計				円

利用料等の支払方法	1. 本人負担		2. 一部縁故者		3. 全額縁故者	
	縁故者の場合（本人負担以外の場合）					
	住 所			続柄		
	氏 名		TEL		—	—
	職業（勤務先）		TEL		—	—
家族状況・近親者	続柄	氏 名	住 所	職 業	電話番号	
入居希望の理由（具体的に記入してください）						
職業暦及び生活暦						
趣味						
宗教						
身 元 保 証 人 （2名）						
氏 名				氏 名		
住 所				住 所		
電話番号				電話番号		
本人との関係				本人との関係		
勤務先				勤務先		
勤務先Tel				勤務先Tel		

※ 夫婦用居室をご希望される人は、配偶者の方もご記入ください。

※ 添付書類 ・住民票・納税証明書（確定申告書でもよい）または源泉徴収票の写
・年金証書の写・健康診断書

※ この申込書にて審査し、適格者と認められた場合、面接調査をおこない、入居を決定します。

※ 面接通知を受けられたかたは、次の書類を持参の上、保証人とご同往ください。

・ 市町村民税課税（非課税）証明書（前年度分）・所得税課税証明書（前年度分）

身元保証書

平成 年 月 日

施設長 殿

住 所 _____

氏 名 _____ 印

生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日生

この度、上記本人_____が、貴施設入居に際して、下記の事項を遵守するとともに、本人に関する一切の事項は、身元保証人が連帯してその責を負うことを確約し、本書を提出致します。

身元保証人 _____ 印

生 年 月 日 _____ 年 _____ 月 _____ 日生

現 住 所 _____

電 話 番 号 _____

職 業 _____

本人との関係 _____

記

1. 施設の規則並びにご指示を堅く守ります。
2. 施設の生活が不相当と認められた場合には、いつ退所を命じられても異議を申し出ません。
この場合、本人の引き取りは身元保証人が責任を負います。
3. 所定の費用は、毎月所定の期日までに必ず納入いたします。
4. 本人が、所定の諸費用を支払い不能になった場合は、身元保証人が支払います。
5. 入居者が、故意または過失によって、建物、設備、備品等に損害を与え、または無断で居室に工作を加えて建物、設備、備品等の形状を変更した場合は、本人と連帯してその損害を弁償し、または現状に回復します。

身元保証書

平成 年 月 日

施設長 殿

住 所 _____

氏 名 _____ 印

生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日生

この度、上記本人_____が、貴施設入居に際して、下記の事項を遵守するとともに、本人に関する一切の事項は、身元保証人が連帯してその責を負うことを確約し、本書を提出致します。

身元保証人 _____ 印

生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日生

現 住 所 _____

電 話 番 号 _____

職 業 _____

本人との関係 _____

記

1. 施設の規則並びにご指示を堅く守ります。
2. 施設の生活が不相当と認められた場合には、いつ退所を命じられても異議を申し出ません。
この場合、本人の引き取りは身元保証人が責任を負います。
3. 所定の費用は、毎月所定の期日までに必ず納入いたします。
4. 本人が、所定の諸費用を支払い不能になった場合は、身元保証人が支払います。
5. 入居者が、故意または過失によって、建物、設備、備品等に損害を与え、または無断で居室に工作を加えて建物、設備、備品等の形状を変更した場合は、本人と連帯してその損害を弁償し、または現状に回復します。

収入申告書

平成 年 月 日

施設長 殿

私の平成 年の収入について下記の通り申告いたします。

氏 名 _____ 印

生年月日 _____ 年 月 日

種 類		金額 (年額)
収 入	年金、恩給等の収入 (実際の受給額)	
	() 年金・恩給	円
	() 年金・恩給	円
	() 年金・恩給	円
	利子、配当金 (確定申告をする場合に限る)	
		円
		円
	財産収入 (地代、家賃等の財産から得られた所得金額)	
		円
	その他の収入 (不動産、財産の処分、勤務、営業による収入)	
		円
	円	
	円	
	円	
	計 ① 円	
必 要 経 費	所得税・住民税等の租税 (固定資産税を除く)	
		円
	医療費	
		円
	社会保険料	
		円
	その他の必要経費	
	円	
	計 ② 円	
差 引 額 (①-②)		円

※ 公的年金等の源泉徴収票、または恩給・年金等の改定通知書、及び収入・支出を証明できる資料 (領収書等) を添付してください。

健康診断書

氏名	男・女	明・大・昭	年	月	日	年齢	
既往歴とその概要							
現在の疾病について（治療経過、投薬内容等）							
視力	右	()	聴力	右	正常・やや聾・聾	補聴器	要・不要
	左	()		左	正常・やや聾・聾	補聴器	要・不要
健康一般について							
<ul style="list-style-type: none"> ● 伝染性疾患 <ul style="list-style-type: none"> ・検便結果 赤痢菌（+・-） サルモネラ（+・-） その他 _____ ・レントゲン所見 異常（有・無） 病名 _____ ・心電図所見 異常（有・無） 病名 _____ ● 尿検査 <ul style="list-style-type: none"> ・糖（+・-） ・蛋白（+・-） ・ウロビリノーゲン（ ） ・潜血（ ） ・沈渣（ ） ● 血液検査 <ul style="list-style-type: none"> ・ワッセルマン反応（+・-）またはTPHA反応（+・-） ・その他の性病（有・無） 病名 _____ ・HBs抗原（+・-） ・HCV抗体（+・-） ● 血圧測定 <ul style="list-style-type: none"> 最高 _____ 最低 _____ ● 血糖値 食後 _____ 時間後 _____ ● 四肢及び運動障害の状態についての所見 							

上記の通り診断します。

平成 年 月 日

医療機関名 _____

所在地 _____

医師名 _____ 印