

入居申込書

写 真

社会福祉法人 東桜会
ケアハウス桜花 施設長様

フリガナ
申込者氏名 ㊟

私はケアハウス桜花に入居を希望しますので、入居の申し込みをいたします。

生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日 (才) 男・女						
現住所	(本籍地)						
電話番号							
入居希望	単身室・夫婦室(同室者名 関係)						
	自動車・電動三輪車等の持込をする予定 有・無						
	入居希望日	令和 年 月頃					
収入状況	年金恩給等	種類		年額	円		
	給与	勤務先		年額	円		
	不動産収入	種類		年額	円		
	その他収入	種類		年額	円		
借入金	無・有	借入先と用途					
	返済予定	返済終了年 年間返済金額					円
利用料等の 経費支払い 方法	(1) 本人 (2) 配偶者 (3) 本人の子又は孫 (4) 縁故者						
	※(1)以外の場合は下欄の事項を記入して下さい 氏名 住所 (電話) 関係						
家族の状況 (近親者)	続柄	氏名	年齢	住所	職業	同居・ 別居の別	備考
住居の状況	区分	自分の持ち家・親族の家に同居・借家・アパート					
	広さ	室 畳					
	家賃	月額 円					

介護保険の状況	要介護度	要支援1・2・要介護1・2・3・4・5	
	居宅介護支援事業者		
	利用サービスの種類		
身体・精神の状況	健康状況	全身の状況	健全・病弱・持病有り(病名)
		現在通院治療中	病名
			病院名 診療科名
	日頃通院する病院	病院名 診療科名	
	身体状況	麻痺の有無	上肢・下肢・右半身・左半身・その他
		その他の状況	
		身体障害者手帳	無・有(種 級)
			障害名
		ペースメーカー	無・有(年 月頃より使用)
	右の該当項目に○を付けて下さい	入歯・人工肛門/膀胱・人工透析 インスリン自己注射・在宅酸素療法	
	日常生活の状況	外出	・バス・電車等公共交通機関の利用が可能 ・タクシーならば可能 ・付添い人がいないと不可能
		歩行	自力・シルバーカー使用・杖使用
		階段	登り降り可能・不安・不可能
		食事	お箸を使用・スプーンを使用
		着脱衣	できる・ボタンが掛けられない・紐が結べない
		入浴	できる・不安
		排泄	できる・不安
		洗濯	できる・今迄はしていないが可能・不安
寝具		ベッド・布団	
性格と精神の状況	性格	温厚・わがまま・その他()	
	対人関係	協調的・普通・拒否的	
	精神状態	正常・精神障害有り・てんかん	
嗜好	飲食等	タバコ(1日 本)・お酒等アルコール類(1日 合)	
		食べられないもの	
日常生活等	(日頃の過ごし方や、友人との交流、町内の役職の経験等をご記入下さい)		

「桜花」に入居後どのような生活を送りたいですか、希望をお書き下さい。
また、その他質問等がございましたら何でもご記入下さい。

身元保証人予定者

身元保証人 1	住所		電話	
	氏名		関係	
身元保証人 2	住所		電話	
	氏名		関係	

(記入上の注意) ※必ず写真を貼付してください。

(1)この申込書で審査した後、身元保証人様と一緒に面接調査を行ない入居を決定しますので、できる限り正確にご自身をご記入下さい。

(2)各項目ごとに該当するところを○で囲んでください。

(3)()の箇所はできるだけ具体的に記述してください。

(添付書類)

(1)住民票

(2)健康保険証 (75歳以上の方は後期高齢者医療被保険者証)

(3)身体障害者手帳・介護保険証をお持ちの方は、その写し

(4)年金証書の写し

(5)前年(1月から12月)の収入、支出が証明できる書類

～確定申告または源泉徴収票の写し等、収入の証明できるもの
また市役所にて所得証明書を取得できます

利用者身体状況等申立書

	項 目	どちらか丸で囲む
身 体 状 況 欄	階段を上り下りできますか	はい ・ いいえ
	歩くときに杖を使いますか	はい ・ いいえ
	歩くときにシルバーカーを使いますか	はい ・ いいえ
	1人で椅子に座れますか	はい ・ いいえ
	1人で畳に座れますか	はい ・ いいえ
	1人で布団に寝ることができますか	はい ・ いいえ
	1人で歯磨き、洗顔ができますか	はい ・ いいえ
	衣服の着脱は自分でできますか	はい ・ いいえ
		はい ・ いいえ
日 常 生 活	外出しますか	はい ・ いいえ
	玄関の出入は自分でできますか	はい ・ いいえ
	買い物は自分でできますか	はい ・ いいえ
	掃除、洗濯は自分でできますか	はい ・ いいえ
	炊事は自分でできますか	はい ・ いいえ
	食事は自分でできますか	はい ・ いいえ
	排泄は普通の便所で1人でできますか	はい ・ いいえ
	入浴は毎日自分でできますか	はい ・ いいえ

私の現在の状況は上記のとおりです。

令和 年 月 日

申込者住所 _____

申込者氏名 _____ (印)

様式 3

健康診断書

氏名		男・女	M T S	年	月	日生	年齢	才
住所								
既往歴								
現在の状況	主たる治療病名				常用薬			
	麻痺・後遺症等の状況		なし・あり (部位)					
	認知症の有無と程度		なし・あり (軽度・中度以上)					
身長	cm	体重	kg	血圧	/	血液型	Rh()	
視力	右 () 左 ()	聴力	右 左	尿検査	糖 蛋白 潜血			
血液検査	WBC RBC HT HBS抗原 HCV抗体 TPHA	GOT GPT γ-GTP T-c h TG HDL-c h CRTN	心電図					
MRSA (慢性感染症なければ不要)			なし・あり		胸部X線検査	直接・間接 (令和 年 月 日撮影) ※直近6ヶ月以内		
総合診断・単身生活上の留意点								

上記の通り診断します。

令和 年 月 日

医療機関名

住所・電話

医師名

⑩

入居申込書 記入上の注意

● 1 頁

- ・ 必ず写真をお貼りください
- ・ 収入、家族の状況などできるだけ詳しくご記入ください

● 2 頁

- ・ 日常生活についてあてはまる箇所に○で囲んでください

● 3 頁

- ・ 身元保証人について連絡先までご記入ください
- ・ 携帯電話をお持ちの方は、番号をご記入ください

● 4 頁

- ・ あてはまる箇所に○で囲んでください

● 5 頁

- ・ かかりつけ医などで健康診断を受けてください

添付書類について

- ① 住民票
- ② 健康保険証（75歳以上の方は後期高齢者医療被保険者証）
- ③ 介護保険証の写し、身体障害者手帳をお持ちの方はその写し
- ④ 年金証書の写し
- ⑤ 前年(1月から12月)の収入、支出が証明できるもの
例) 令和元年度中に入居希望の方は、
平成30年1月から12月までの収入と支出がわかるものとなります

収入の証明の例

- ・ 所得証明書（市役所）
- ・ 源泉徴収票（社会保険庁）
- ・ 確定申告書

支出の証明の例

- ・ 介護保険料 納付内訳（市保険年金課）
- ・ 国民健康保険料 納付内訳(市保険年金課)
- ・ 納税証明書