

# ケアハウスてっせい 入所申込書

令和 年 月 日

社会福祉法人哲西福社会

ケアハウスてっせい

施設長 藤村 晃 殿

入所希望者

フリガナ  
氏名

印

单身・夫婦の別

生年月日	明・大・昭	年	月	日生 ( 歳)	男・女	
住 所	電話 ( ) -					
身 体 状 況	日 常 生 活	日常生活動作 (移動・食事・入浴・排泄・着脱衣)		(自力で) できる・何とかできる・できない		
		行動障害 (攻撃的行為・自傷行為 せん妄・不穏興奮・不潔行為)		無い・時々ある・ある		
	生活に不安がある (困難性がある)		自炊に不安・独居で夜間不安・無い その他			
	健康 状態	感染症の有無 有( )・無 通院治療中 (病名 病院名 )				
	身体障害	有・無 有の場合(手帳の有・無 種 級 部位 )				
心身の状況	性格	趣味	嗜好	その他		
収 入 の 状 況	年金 恩給	種 類	年金 円	年金 円	年金 円	
	その 他 の 収 入	給 料 不動産収入 利子収入 その他				

利用料等 経費の支 払い	1 本人負担	2 一部縁故者	3 全額縁故者	
	2・3の場合 住所		氏名	
家 族 状 況	氏名	続柄	年齢	職業
	住所	電話 ( )		—
	氏名	続柄	年齢	職業
	住所	電話 ( )		—
	氏名	続柄	年齢	職業
	住所	電話 ( )		—
住居 状況	自家 主な生活場所の広さ	畳	アパート	
	借家 主な生活場所の広さ	畳	その他	
生活 歴等	学 歴			
	職 歴			
	結婚歴	有・無	有の場合配偶者の氏名	・死別
入所希望 の理由	(具体的に)			
身元引受 人予定者	氏 名	続柄		
	住 所			
	電話番号 ( )	—		
	携帯電話番号	—	—	
	勤 務 先			
	電話番号 ( )	—		

(注) 1. 該当箇所を○で囲んでください。

2. 記入箇所は、具体的に書いてください。

3. 添付書類 住民票の写し・健康診断書・年金証書の写し・確定申告書の写し  
又は源泉徴収票

4. この申込書で審査し適格者と認められた場合、面接の上入所を決定いたします

5. 入所が決定したら原則として住所移転をしていただきます。

6. 身元保証人は必要ありませんが、契約時に身元引受人を決めていただきます。

## 健康診断書

氏名		男・女	明・大・昭	年	月	日生
既往症とその概要	<ul style="list-style-type: none"> <li>・結核</li> <li>・がん</li> <li>・心臓病</li> <li>・血圧症</li> <li>・てんかん</li> <li>・脳血管疾患 (後遺症)</li> <li>・パーキンソン氏病</li> <li>・リュウマチ</li> <li>・その他</li> </ul>	概要				
現在の状態	血圧	最高	最低			
	視力	眼前2メートル先の指の数	(右) 読める・読めない		(左) 読める・読めない	
	聴力	(右) 正常・やや聾・聾	(補聴器)	要・不要		
		(左) 正常・やや聾・聾	(補聴器)	要・不要		
検査	直接胸部X線所見	心電図所見	血液(感染症の有無)	尿・便		
一般状況	歩行の状況	異常なし・杖使用・歩行器使用・車椅子使用・できない 階段昇降 ( できる・つかまれば可・できない )				
	移乗の状況	異常なし・何かにつかまれば可・できない				
	排尿便の状況	異常なし・ポータブルトイレ使用・尿瓶使用・オシメ使用				
	失禁の状況	無・有 ( 回数 多・少 )				
	入浴の状況	一人で可・一部介助・全介助				
	精神の状況	そう・うつ・分裂症・神経症・認知症・その他				
現在の病名・投薬・通院等を記載						

上記のとおり診断した。

令和 年 月 日

医療機関名

住所

氏名



# 収入申告書

令和 年 月 日

社会福祉法人哲西福社会  
 ケアハウスてっせい  
 施設長 藤村 晃 殿

入所者  
 氏名 \_\_\_\_\_ 印

私は、 年中(1月～12月)の収入について次のとおり申告します。

種 別		金 額 ( 年 額 )
収入額 ・ 甲	年金・恩給収入	円
	( )年金	
	( )年金	
	( )年金	
	不動産等財産収入	
	利子・配当収入	
	給与収入	
	その他	
	計	円
必要経費 ・ 乙	租税(固定資産税を除く)	円
	医療費	
	社会保険料	
	その他必要経費	
計	円	
差 引 額 ( 甲 - 乙 )		円
施 設 使 用 欄		
収入認定額	_____ 円	
決定階層区分	_____ 階層	徴収決定月額 _____ 円