

「ケアハウス土佐」入居手続きのご案内

先日は、当法人の軽費老人ホーム ケアハウス土佐 へのお問い合わせ、ご見学を頂き、有難うございました。ご検討のうえ、入居をご希望される方は「入居申込書」に必要事項を記入し、添付資料と一緒に申込下さい。必要書類の提出後、申込者名簿に登録し、面接などの必要な事務手続きのご案内をさせていただきます。

[提出書類]

1. 入居申込書

・添付書類

1) 戸籍謄本

2) 住民票

3) 所得証明書（いちばん新しい年度の証明書を提出してください。）

2. 健康診断書

3. 収入申告書

・添付書類

前年分の公的年金等の源泉徴収票

所得証明書に載っていない年金収入（遺族年金、恩給、個人年金等）のわかる書類
公的年金等源泉徴収票を紛失された場合は、前年1月から12月までの公的年金が振り込まれている通帳のコピーをご提出ください。また、遺族年金、恩給、個人年金等がある場合は前年1月から12月までの年金等が振り込まれている通帳のコピーをご提出ください。所得証明書に受給している年金額がすべて掲載している場合は、提出の必要はございません。

前年分の所得税、住民税の租税、社会保険料等（介護保険料・国民健康保険料）、医療費の領収書のコピー

[入居申し込み・お問い合わせは]

〒781-0270 高知市長浜 6389 番地 21
社会福祉法人せと ケアハウス土佐

☎088-848-1818

入居申込書

令和 年 月 日

軽費老人ホーム

「ケアハウス土佐」施設長 様

私は、軽費老人ホーム「ケアハウス土佐」への入居を希望しますので、次のとおり必要書類を添えて申込み致します。
なお、本書記載が事実と相違したときは、申し込みに関する一切の権利を放棄しても異議はありません。

| | | | | | | | | |
|-------------|-------------------------------------|----------------------|----------|-------------------|-----------------------|---|---|---|
| 入居者氏名 | ふりがな | 性別 男 女 | 生年月日 | | | | | |
| | 印 | | 明治・大正・昭和 | 年 | 月 | 日 | | |
| 住所 | 〒 - 電話番号 - - | | | | | | | |
| 身元保証人 氏名 | ふりがな | 続柄 | 生年 月日 | 明治・大正・昭和 | | 年 | 月 | 日 |
| | 印 | | | 年齢 満 | | 歳 | | |
| 身元保証人 住所 | 〒 - 電話番号 - - | | | 勤務先 | | | | |
| | | | | 勤務先電話番号 - - 内戦 | | | | |
| 身元保証人 氏名 | ふりがな | 続柄 | 生年 月日 | 明治・大正・昭和 | | 年 | 月 | 日 |
| | 印 | | | 年齢 満 | | 歳 | | |
| 身元保証人 住所 | 〒 - 電話番号 - - | | | 勤務先 | | | | |
| | | | | 勤務先電話番号 - - 内戦 | | | | |
| 身体状況 | 視力 | 3. 普通 2. やや悪い 1. 全盲 | | 歩行 | 3. 自立 2. 杖歩行 1. 歩行車使用 | | | |
| | 聴力 | 3. 普通 2. やや悪い 1. 難聴 | | 行動範囲 | 3. 屋外 2. 家の周辺 1. 屋内 | | | |
| | 言語 | 3. 普通 2. やや悪い 1. 不自由 | | 病歴 | | | | |
| 希望居室 | 1. 一人部屋(和室) 2. 一人部屋(洋室) 3. 二人(夫婦)部屋 | | | その他の希望 | | | | |
| 申込理由 | | | | | | | | |

入居希望者の1) 戸籍謄本 2) 住民票 3) 所得証明書(写し)など前年の収入状況が確認できる書類を添付してください。

健康診断書

[軽費老人ホーム ケアハウス土佐 入居用]

| | | | | | | | | | |
|------------------|---------------|---------------------------------|----------------------|----|----------------|----------------|--------------------------------------|--|-----------------------------|
| 氏名 | | 男・女 | 生年月日 大正・昭和 年 月 日生 | | | | | | |
| 既往歴 及び 現病歴 | | | | | | | | | |
| 検査 事項 | 血圧・体重 | 最高 | mmHg | 最低 | mmHg | ・ 体重 | kg | | |
| | 血液 | 血液型 | A ・ B ・ AB ・ O | | | Rh | + ・ - | | |
| | | 梅毒反応 | 陰性 ・ 陽性 | | | | | | |
| | | 肝機能 | GOT (IU/ℓ) | | γ-GTP (IU/ℓ) | | | | |
| | | | GPT (IU/ℓ) | | HBs 抗原 陰性 ・ 陽性 | | | | |
| 検尿 | 糖 ウロビリノーゲン | 蛋白 潜血 | | | | | | | |
| 胸部X線 | | | | | | 撮影 (直接・デジタル) | | | |
| 精神状態 | | <input type="checkbox"/> 精神病の既往 | | | | | <input type="checkbox"/> 認知症 (有・無) | | <input type="checkbox"/> 正常 |
| | | 所見 | | | | | | | |
| 総合判定 | | | | | | | | | |

上記のとおり診断します。

令和 年 月 日

医療機関名

住所

医師名

印

収 入 申 告 書

入居者氏名

印

私の 年中の収入について、次のとおり申告します。

・「認定額」の欄には記入しないでください。
 ・収入額及び必要経費の額を証明する書類を添付してください。

| 種類 | | 申告金額(年金) | 認定額 |
|------------------|-----------|---|-----|
| 収 入 | 年金・恩給等の収入 | () 年金 | |
| | | () 年金 | |
| | | () 年金 | |
| | | 恩給 | |
| | | 扶助料金 | |
| | 財産収入 | 地代・小作料・家賃・間代・使用料等 | |
| | 利子・配当収入 | 公社債の利子・預貯金の利子・法人から受ける利益の配当等 | |
| | その他の収入 | 譲渡所得(不動産・動産の処分による収入) | |
| | | 一時所得(生命保険契約に基づく一時金・満期返戻金等) | |
| | | 相続・遺贈・個人からの贈与による所得 | |
| 給与所得 | | | |
| その他() | | | |
| 収入小計(A) | | | |
| 必 要 経 費 | 租税 | 所得税 | |
| | | 住民税 | |
| | | 相続税 | |
| | | 贈与税 | |
| | | その他の租税(市町村長が特別の事情があると認めた場合) | |
| | 社会保険料 | 国民健康保険の保険料・国民保険税等・所得税法第74条第2項に規定するものをいう。介護保険料 | |
| | 医療費 | 差額ベット代・付添費用・医薬品購入費を含む医療を受けるのに通常必要とされる一切の経費(保険料等で補てんされる金額を除く。)介護保険制度下の保険内一割負担額 | |
| | その他 | | |
| 必要経費小計(B) | | | |
| 収入申告額(A) - (B) | | | |

入居利用料負担者

| | |
|----------------|--|
| いずれかに○をご記入下さい。 | 2及び3の場合は所得証明書(縁故者)を添付してください。また、下記をご記入ください。 |
| 1. 本人負担 | 住所 〒 - |
| 2. 一部縁故者 | 氏名 印 続柄 |
| 3. 全額縁故者 | 電話番号 () 職業 |