|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| No. | 書　類　名 | 確認欄 | 備　　考 |
| 1 | 入所申請書 | □ | 申請者本人の自署を要する。 |
| ２ | 健康診断書 | □ | かかりつけの医療機関にて記載。 |
| □ | 精神疾患・精神障害がある場合は、精神科の診断書も必要。 |
| ３ | 身元引受書 | □ | 申請者本人の自署を要する。  身元引受人の自署・押印を要する。 |
| ４ | 誓約書 | □ | 申請者本人の自署を要する。  保証人の自署・押印を要する。 |
| ５ | 収入申告書 | □ | 収入が不明確な場合は、課税・所得証明書を参考に記載すること。 |
| ６ | 同意書 | □ | 申請者本人の自署を要する。 |
| ７ | 入所理由書 | □ | 代筆でも構わないが、申請者本人の現状及び入所申請の理由等を記入すること。 |
| ８ | 扶養義務者調査票 | □ | 「その他の親族」には、兄弟姉妹・孫等を記入すること。 |
| ９ | 身体障害者・療育・精神障害者保健福祉手帳の写し | □ | 手帳を所有している場合のみ。 |
| １０ | 住民票世帯全員の写し | □ | 申請者が属する世帯全員及び同居者の住民票の写し。本籍が表示されたもの。  ※　世帯分離をしていても、一緒に住んでいる者は、同一世帯とみなします。 |
| **１１** | **申請者と、身元引受人・家族の関係が分かる公的書類**  **※戸籍謄本や除籍謄本など** | **□** | **本人の現在戸籍** |
| **□** | **子・兄弟姉妹が分かるもの。（原戸籍、除籍など何通にもわたる場合あり。）** |
| １２ | 課税・所得証明書 | □ | 申請者本人 |
| □ | 世帯構成員（全員）  ※　世帯分離をしていても、一緒に住んでいる者は、同一世帯とみなします。 |
| □ | 扶養義務者（申請者を税又は健康保険の扶養にしている者の分） |

養護老人ホーム入所申請書確認票

養護老人ホーム入所申請書

　　下記施設に入所したいので、入所申請します。

　　　　令和　　年　　月　　日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請者氏名  （本人） | | | フリガナ  　　　　　　　男 ・ 女 | | | | | | | |
| 生 年 月 日 | | | 明・大・昭　　　年　　月　　日 | | | | 年　齢 | | 満　　　　　歳 | |
| 現　住　所 | | | 大洲市 | | | | | | | |
| 連　絡　先 | | | 電話番号　　　　　　　　　　　携帯電話番号 | | | | | | | |
| 本　　　籍 | | |  | | | | | | | |
| 手帳の有無 | | | 無 ・ 有（身障・療育・精神）  交付　　　年　　月　　日 | | | | | 障害名  程　度　（　　　　種　　　　級） | | |
| 要介護認定 | | | 無 ・ 有（要支援　　・要介護　　H・R . 　. ～H・R 　. 　. 　 ） | | | | | | | |
| 収入の種類 | | |  | | | | | 金額（年）　　　　　　　　　　円 | | |
| 同 居 者 の 氏 名 | 氏　　　名 | | | 続柄 | | 生年月日 | | 職業・勤務先 | | 所在地・連絡先等 |
|  | | |  | |  | |  | |  |
|  | | |  | |  | |  | |  |
|  | | |  | |  | |  | |  |
| 健康状態 | | 通院中の  病 院 名 | | |  | | | |  | |
| 病　　名 | | |  | | | |  | |
| 通院頻度 | | |  | | | |  | |
| 希望入所施設 | | 清和園　・　さくら苑　・　その他（　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | |

施設入所に関する健康診断書

令和　　年　　月　　日

医療機関名

所　在　地

医　師　名　　　　　　　　　　　　　㊞

診断の結果は次のとおりです。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 受 診 者 | 氏名 | |  | | | | 生年月日 | | Ⅿ・Ｔ・Ｓ　　年　　月　　日 | | 男・女 |
| 住所 | |  | | | | | | | | |
| 身 体 の 状 況 | 身長 | | ｃｍ | 体重 | ｋｇ | | | | 言語 | * 正常 | |
| 視力 | | 右　　　　　左　　　□　正常 | | | | | | 聴力 | * 正常 | |
| 上肢 | | □　正常 | | | | | | 下肢 | * 正常 | |
| 現 在 の 疾 病 | 病名 | |  | | | | | | | | |
| 病 状 | | | | | | | | | | |
| 精 神 障 害 | □　有　　　□　無　　　病名 | | | | | | | | | | |
| 症 状 |  | | | | | | | | | |
| 伝 染 性 疾 患 | 結　　核 | | * なし　　□　有　　　　　　胸部Ｘ線撮影（　　　月　　　日）   病名、排菌等（　　　　　　）　所見 | | | | | | | | |
| 皮膚疾患 | | * なし　　□　有 | | | 性病 | | ワッセルマン反応（ 　）判明していれば | | | |
| その他  伝染病疾患 | |  | | | | | | | | |
| 栄養状態 | | | * 良好　　□　やや良好　　□　普通　　□　やや不良　　□　不良 | | | | | | | | |
| 集団生活適否 | | | * 適　　　□　否　　　□　不明   否の場合の理由 | | | | | | | | |
| 参 考 事 項 | 既往症 | | | | | | | | | | |

身　元　引　受　書

　　　　　　　　　　　　　　　住　所　　大洲市

　　　　　　　　入所申請者

　　　　　　　　　　　　　　　氏　名

上記の者が、今回 　　　　　　　　　　　　 に入所した際は、私が本人の身元に関する一切の事柄及び退所時における身元引受の全責任を全うし、貴所並びに入所施設に対しては、一切ご迷惑をかけないことを誓い、身元引受書を提出します。

　令和　　年　　月　　日

　　　　　　　　　　　　　　　住　　所

　　　　　　　　　　　　　　氏　　名　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

　　　　　　身元引受人　　　電話番号

　　　　　　　　　　　　　　携帯電話番号

　　　　　　　　　　　　　　続　　柄

　　　　　　　　　　　　　　職　　業

　　大洲市福祉事務所長　　様

* **注意事項**

身元引受人の住所・連絡先等について、異動があったときは必ずご連絡ください。

誓　　約　　書

令和　　年　　月　　日

　大洲市福祉事務所長　　様

　　　　　　　　　　　　住　　所　　大洲市

　　　　　入所申請者

　　　　　　　　　　　　氏　　名

　　　　　　　　　　　　住　　所

　　　　　　　　　　　　氏　　名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

　　　　　保　証　人

　　　　　　　　　　　　電話番号　　（　　　　　　）　　　　　　－

　　　　　　　　　　　　携帯電話番号

　　　　　　　　　　　　住　　所

　　　　　　　　　　　　氏　　名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

　　　　　保　証　人

　　　　　　　　　　　　電話番号　　（　　　　　　）　　　　　　－

　　　　　　　　　　　　携帯電話番号

　清和園　・　さくら苑　・　その他（　　　　　　　　）に入所の上は、諸規則をかたく守り、それに違反した場合は退所（園）を命ぜられても、決して異議を申しません。

　ここに保証人と連署して誓約します。

* **注意事項**

保証人の住所・連絡先等について、異動があったときは必ずご連絡ください。

**収　入　申　告　書**

令和　　年　　月　　日

　大洲市福祉事務所長　　様

氏名

　私の令和　　　　年中の収入について、下記のとおり申告します。

記

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 施設名 | | 養護 |  | 養護入所者のみ  （　　　　）人部屋 |
| 種　　　　　　　　類 | | | | 年　　　額　　　(円) |
| 収  入  Ａ | 恩給・年金収入 | | |  |
| （　　　　　　　　　　　）年金 | | |  |
| （　　　　　　　　　　　）年金 | | |  |
| 財産収入 | | |  |
| 利子配当収入 | | |  |
| その他の収入 | | |  |
| 計 | | |  |
| 必  要  経  費  Ｂ | 租　税 | | |  |
| 医療費 | | |  |
| 社会保険料（保険税） | | |  |
| 介護保険料 | | |  |
| その他の必要経費 | | |  |
|  | | |  |
| 計 | | |  |
| 差引額（Ａ－Ｂ） | | | | 円 |
| 階　　　　　　層 | | | | 階層 |

**記　載　上　の　注　意**

１　収入欄には、前年（１月～１２月）の収入を記入のこと。

　　収入とは、次のようなものである。

　⑴　年金・恩給等の収入

　　　年金・恩給その他これに類する定期的に支給される金銭で、その実際の受給額である。

　⑵　財産収入

　　　田畑、家屋、機械器具等を他に利用させて果実である地代、小作料、家賃、間伐使用料等の収入については、課税標準として把握された所得の金額である。

　⑶　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の収入で確定申告がなされる場合に限り、課税標準として把握された所得の金額である。

　⑷　その他の収入

　　　不動産、動産の処分による収入、その他の収入については、課税標準として把握された所得の金額である。

２　必要経費とは、次のようなものである。

　⑴　所得税・住民税の租税（ただし、固定資産税を除く。）

　⑵　社会保険料又はこれに準ずるもの

　⑶　医療費（差額ベッド代、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をいう。ただし、保険金・高額医療等で補填される金額を除く。）

　⑷　その他の必要経費

　　①　配偶者、その他の親族が、あなたの仕送りにより生活している場合に必要とされる費用

　　②　災害により資産が損害を受けた場合において、これを補填するために必要とする費用

　　③　やむを得ない事情による借金の返済

３　差引の欄は、収入から必要経費を差引いた額を記入すること。

４　毎年５月までに、この収入申告書に収入額、必要経費の額を確認できる書類（年金改定票・領収書・確定申告書等の控え）を添付して提出すること。

同　　意　　書

　老人ホーム等入所の決定又は実施のために必要があるときは、私及び私の世帯員の資産及び収入の状況につき、貴福祉事務所が官公署に調査を委託し、又は銀行、信託会社、私若しくは私の世帯全員の雇主、その雇主その他の関係人に報告を求めることに同意します。

　　　令和　　年　　月　　日

　　　　　　　　　　　住　　所　　大洲市

　　入所申請者　　　　氏　　名

　　　　　　　　　　　生年月日　　明治 ・ 大正 ・ 昭和　　　年　　月　　日

　　大洲市福祉事務所長　　様

（注）老人福祉法第３６条

　　　市町村は、福祉の措置に関し必要があると認めるときは、当該措置を受け、若しくは受けようとする老人又はその扶養義務者の資産又は収入の状況につき、官公署に調査を委託し、又は銀行、信託会社、当該老人若しくはその扶養義務者、その雇主その他の関係人に報告を求めることができる。

養護老人ホーム入所理由書

|  |
| --- |
|  |

|  |
| --- |
|  |

|  |
| --- |
|  |

|  |
| --- |
|  |

|  |
| --- |
|  |

|  |
| --- |
|  |

　　令和　　　年　　　月　　　日

　　　　　　　　　　　住　　所　　大洲市

　　入所申請者

　　　　　　　　　　氏　　名

　　　　　　　　　　（代筆の場合）代筆者氏名：

　大洲市長　　様

老人ホーム入所者に係る扶養義務者調査表

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 続　　柄 | | 氏　　名 | 住　　　　所 | 備　　考  （電話番号） |
| 入所申請者 | |  |  |  |
| 配　偶　者 | |  |  |  |
| 子　　　　　供 |  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| そ の 他 の 親 族 |  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

【参考】

　民法第８７７条第1項　　直系血族及び兄弟姉妹は、互いに扶養をする義務がある。