

入所申込書

写真添付

社会福祉法人 創明会
ケアハウス ヴィラ梨香園 施設長 様

以下の通り入所希望者状況書を添えて申し込み致します。
申込年月日 令和 年 月 日

申込者	ふりがな 氏名	
	入所希望者 との続柄	
	住所	〒
	連絡先	

入所希望者	ふりがな 氏名		(男・女)
	生年月日	大正・昭和 年 月 日	
	住所	〒	
	電話番号		
	現在の居住 場所	(施設入所中・医療機関入院中など上記現住所と違う場合に記入)	

入所希望の理由	(現在の生活の様子、困っていることなど、記入してください。)
---------	--------------------------------

入所希望者状況書

わかる範囲でご記入ください。

①欄の身元保証人は必ずご記入ください。

①家族の状況 ※身元保証人（2名）は「保」の欄に必ず丸印をして下さい。

保		氏名	続柄	年齢	住所・連絡先
	同居のご家族				
	別居の近親者				

②身体の状況

歩行	自立・杖歩行・介助具使用	聴力	普通・やや難聴・難聴
食事	自力で可能・介助が必要	視力	普通・弱視・()
入浴	自力で可能・介助が必要	着替え	自力で可能・介助が必要
排泄	自力で可能・介助が必要	会話	可能・やや不自由・不自由
性格			
趣味			
嗜好	煙草 吸う (1日 本)・吸わない	お酒 種類	1日 本

③健康状態

かかりつけ医療機関 (主治医)	病院名：		
	主治医氏名：		
	主病名：		
入院・通院	病名	発症年月	医療機関名

(事務費減額申請書)

収入申告書

令和 年 月 日

ケアハウス ヴィラ梨香園 施設長 様

住所
氏名

印

区分		金額 (年額)
収入 A	恩給・年金等収入 ()	
	()	
	()	
	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	
	計	
	差引額 (A-B)	
備考		

添付書類

- 前年度の収入を証明できるもの (下記のいずれか)
 - * 公的年金等の源泉徴収票
 - * 確定申告書控え
 - * 年金振込通知書と振込記帳のある通帳の写し
- 前年度の収入から控除する必要経費の証明書類
 - * 所得税、住民税 (納税証明書等)
 - * 社会保険料 (納付済額通知書等)

身元保証書

令和 年 月 日

ケアハウスヴィラ梨香園 施設長 様

(本人) 住 所
氏 名
生年月日 大・昭 年 月 日

この度、上記本人 が貴施設に入居するに際しましては、別記事項を堅く守りますとともに、本人の身元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いますことを確認のうえ、本書を提出いたします。

身元保証人 1

現住所
電話 ()
携帯 — —
氏 名 ⑩
生年月日
職 業
本人との関係

身元保証人 2

現住所
電話 ()
携帯 — —
氏 名 ⑩
生年月日
職 業
本人との関係

記

1. 施設の諸規則なら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は、いつ退園を命ぜられても異議を申しません。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支払い不能になった場合は、身元保証人が支払います。
5. 本人が故意または過失によって、建物、設備に損害を与えたとき、または無断で居室に工作を加え、設備、備品の形状を変更したときは、本人と連帯してその損害を弁償し、または原状に回復いたします。

健康診断書

ケアハウス ヴィラ梨香園

氏名		男・女	生年月日 大正・昭和 年 月 日				
住所	〒						
身長		体重		脈拍		体温	
視力	R () L ()	尿 一般			血液型	RH (+) (-)	
梅毒	HBS 抗原			胸部 X 線			
ガラス板 凝集 TPHA							
既往症					心電図		
現病歴 (現在服用している薬等)							

上記のとおり診断します。

令和 年 月 日

住 所

医 師

