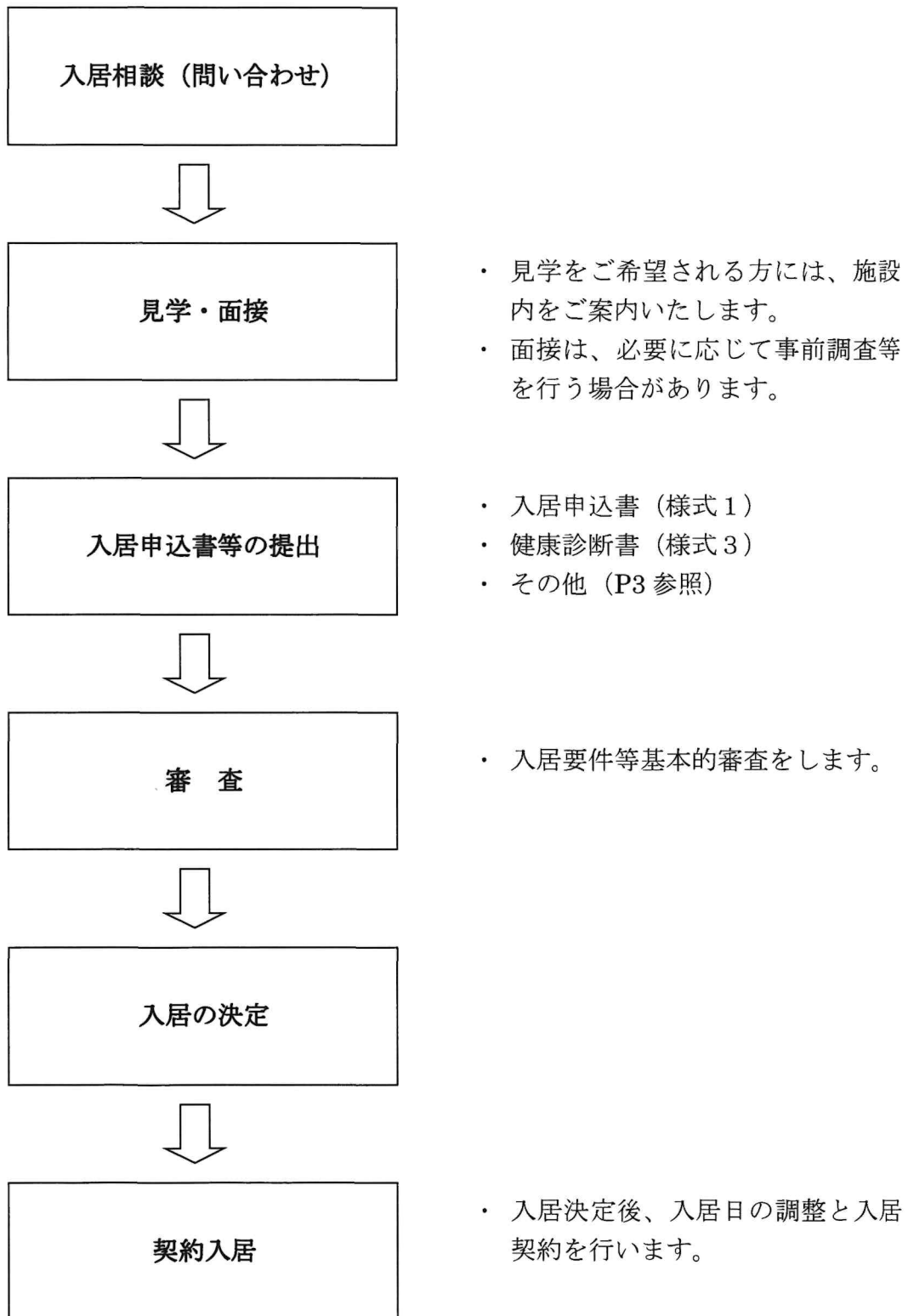


入居申込の手引き

ケアハウス ウェルフェア慈光園

1 入居までの流れ



2 提出書類等

(1) 入居申込書（様式1）

※ 添付していただく書類

- ① 住民票抄本（現住所のもの）
- ② 入居を希望される方の収入申告書及び収入金額に関する書類（事務費を決定するための書類）
 - （ア）所得証明書
 - （イ）前年の所得税の確定申告書の写し
 - （ウ）所得（公的年金等）の源泉徴収票の写し
 - （エ）年金の振込状況の確認ができる通帳の写し 等

※ 添付するものは、上記いずれか一通で結構です。

※ 遺族年金、障害年金等、非課税となるものについても収入金額となりますので同様に関係書類を提出してください。

◆事務費は次のような計算方法で決定されます。

$$\text{事務費} = \text{年収額} - \text{必要経費}$$

◆年収額とは、1月から12月までを対象に計算しますので、この期間に実際に支払われた金額がわかる書類を提出してください。（ただし、1月～6月に入居の場合は前々年度、7月～12月入居の場合は前年が対象年度となります。）

◆必要経費とは、対象年度(通常は前年度)の1月から12月までに支払った次のような費用で、事務費算定の際、控除の対象として取り扱われます。該当する書類がある場合は提出してください。

- ・ 租税（所得税、住民税等）
- ・ 医療費（所得税法における医療費控除の対象となるもの）
- ・ 社会保険料（国民健康保険料、介護保険料等）
- ・ 介護サービス利用料

(2) 健康診断書（様式3）

※特に病院の指定はありません。かかりつけの医師に診てもらってください。

(3) その他

※必要に応じて次の書類を提出していただく場合があります。

- ・ 年金証書の写し
- ・ 利用料を縁故者が負担する場合、縁故者の収入を証明する書類

- ◆申込書等、不明な点がありましたら下記までお問合せください。
- ◆申し込む前に書類が調っているか確認してください。

※ 申込時の書類チェック表

提出書類	チェック
入居申込書（様式 1）	
住民票抄本	
収入申告書及び収入状況の確認できる書類	
健康診断書（様式 3）	

《お問合せ先》

ケアハウス ウェルフェア慈光園

TEL 0238-88-5557

FAX 0238-88-5558

様式 1

ケアハウス ウェルフェア慈光園 入居申込書

令和 年 月 日

社会福祉法人長井福祉会
理事長 豊 野 充 様

フリガナ

入居(予定)申込者 氏名 ㊟

生年月日	大・昭 年 月 日 (満 歳) 男・女					
現住所	〒 電話番号 — —					
本籍地						
希望居室	Aタイプ (介護) Bタイプ Cタイプ Dタイプ					
入居希望日	令和 年 月 日					
申込理由	(具体的に)					
入 居 申 込 者 の 状 況						
身体及び日常生活動作の状況	日常生活	日常生活動作	歩行	1. 自力で可能	2. やや不安	3. 不可能
			食事	1. 自力で可能	2. やや不安	3. 不可能
			入浴	1. 自力で可能	2. やや不安	3. 不可能
			排泄	1. 自力で可能	2. やや不安	3. 不可能
			着脱衣	1. 自力で可能	2. やや不安	3. 不可能
			生活に支障が ない・ある ()			
	生活に不安が ない・ある ()					
	健康状況	健康・病弱・持病 ()				
		通院状況	病名 ()			
			病院名	通院回数	回/月	
最近5年間にかった病気 ()						
身体障害	1. ない・ある (部位: 手帳 無・有 (種 級))					
心身の状況	趣味					
	嗜好	アルコール (1日 合・本) たばこ (1日 本) 好きな食べ物 () 食べられない物 ()				
	その他					
介護保険関係	認定結果 (1. 自立 2. 要支援 (1,2) 3. 要介護Ⅰ 4. 要介護Ⅱ 5. 要介護Ⅲ 6. 要介護Ⅳ 7. 要介護Ⅴ 8. 未申請)					
	現在利用のサービス					

利用料等 経費支払	1 本人負担				
	2 一部縁故者	(縁故者の場合) 住所 氏名 (続柄) 職業			
	3 全額縁故者				
財産・収入 (前年分)	年金・恩給等	種類	年額	円	
		種類	年額	円	
		種類	年額	円	
	勤労収入	勤務先	年収	円	
	不動産収入	土地・家屋	金額	円	
	動産収入	預貯金・有価証券	金額	円	
	その他の収入		金額	円	
	送金	送金人	月額	円	
	借入金	借入先	金額	円	
	生命保険金等	種類	保険金額	満期日	
住宅状況	持家 ・ 借家 ・ アパート ・ その他 ()				
家 族 構 成 (同居)					
家族氏名	続柄	生年月日	職業	備考	
		T・S・H・R			
		T・S・H・R			
		T・S・H・R			
		T・S・H・R			
身元保証人 (予定者)	氏 名	本人との関係	住所 (電話)	職業	勤務先
			()		()
			()		()
返還金受取人 (注1)			()		()

(注1) 管理費の納入方法については原則として分割払いとなりますが、入居される方のご希望によりその一部を一括でお支払いいただくことができます。その場合に20年未満で退去された場合に返還金が発生します。管理費の一部を一括納入された場合は、返還金受取人を上梓にご指定ください。身元保証人と同一でも可能です。

1. 記入上の注意：各項目について該当するところを○で囲むか記載してください。
2. 提出された書類の記載内容の秘密は固く守ります。
3. 添付書類：別添の「入居申込の手引き」を参照してください。

様式 3

健康診断書

フリガナ		男 女	生 年 月 日	大・昭 年 月 日
氏 名				
住 所				
現 病 名				
既 往 症 及 び 障 害				
血 圧 測 定	最大値	mmHg・最小値		mmHg
内 科 聴 打 診	1 異常なし	2 異常あり ()		
胸 部 X 線 撮 影	1 異常なし	2 異常あり ()		
肝 炎 ウィルス 検 査	HBS 抗原	1 陰性	2 陽性 (e 抗原 + -)	
疾 患 名	症状の有無	所見		
皮 膚 疾 患	有 ・ 無	感染の可能性 有 ・ 無		
伝 染 性 疾 患	有 ・ 無	感染の可能性 有 ・ 無		
精 神 疾 患 及 び 脳 機 能 障 害	有 ・ 無			
健 康 状 態 の 概 評				
入居についての意見				
注 意 事 項				
上記のとおり診断します。		令和 年 月 日		
申請者				
様		所在地		
		医療機関の名称		
		TEL		
		医 師		
		®		