

ケアハウス希望の園 入居申込書



令和 年 月 日

利 用 者	ふりがな	生年月日	明治・大正・昭和	性別
	氏 名	印	年 月 日 (歳)	男・女
	住 所 〒	電話	()	
	(配偶者) ふりがな 氏 名	生年月日	明治・大正・昭和	
		年 月 日 (歳)		
		電話	()	

希望する部屋 (個室 ・ 夫婦室)

申込み理由

収 入	年金・恩給	() 年金	() 年金		
	その他(年額)	円	円	円	円
入	動産・不動産	動産(配当等)	不動産(家賃収入等)		
	その他収入(年額)	円	円	円	円

利 用 料 の 負 担	1 全額本人負担	2 または 3 の場合の親族(負担者)	
	2 全額親族負担	住所 〒	
	3 一部親族負担	電話 ()	
		ふりがな	
	氏名	印(本人との関係:)	
	負担額(月額)	円	

履歴

生活質問表 (氏名:)

<日常生活とご家族について簡単にお答え下さい>

日常生活 活動状況	移動	可能・やや不安	食事	可能・やや不安
	入浴	可能・やや不安	排泄	可能・やや不安
	着替え	可能・やや不安	対人関係	協調的・普通・拒否的
健康状態	視力	普通・やや悪い	言語	普通・少し不自由・不自由
	聴力	普通・やや悪い・難聴	歩行	自力・杖使用・車いす
	身体障害	有(部位) 無・障害手帳 有(種 級) 無		
	要介護度	認定受けてない・自立・要支援1・要支援2・要介護1・その他()		
	通院治療中の場合	病名 病院名		
	病歴			
親 族	氏名(ふりがな)	生年月日・本人との関係	住 所	
	-----	(M・T・S・H) 年 月 日生 本人との関係()	TEL	携帯
	-----	(M・T・S・H) 年 月 日生 本人との関係()	TEL	携帯
	-----	(M・T・S・H) 年 月 日生 本人との関係()	TEL	携帯
	-----	(M・T・S・H) 年 月 日生 本人との関係()	TEL	携帯
	-----	(M・T・S・H) 年 月 日生 本人との関係()	TEL	携帯
身 元 保 証 人	ふりがな	生年月日 (M・T・S・H)		
	氏名	印	年 月 日(歳)	
	住所(〒 -)	本人との関係()		
	勤務先名称:			
	勤務先住所:	TEL:		
	ふりがな	生年月日 (M・T・S・H)		
	氏名	印	年 月 日(歳)	
	住所(〒 -)	本人との関係()		
	勤務先名称:			
	勤務先住所:	TEL:		

健康診断書

氏名:		(男・女)	明・大・昭	年	月	日	(歳)
現住所:							
身長:	体重:	血圧:	脈拍:				
視力: R() L()	聴力:	血液型:	Rh: + -	梅反: + -			
肝機能: GOT() GPT() コレステロール()							
検尿: 蛋白() 潜血() 尿糖()							
血液: 白血球() 赤血球() 血色素()							
胸部X線 年 月 日撮影		心電図		HB抗原()			
				HB抗体()			
				HCV抗体()			
既往歴:							
精神障害:(有・無)	病名:						
認知症:(有・無)	病名:						
感染症:(有・無)	病名:						
皮膚疾患:(有・無)	病名:						
歩行障害:(有・無)	病名:						
現在の病名・投薬・通院等:							
日常生活の支障の所見:							
総合所見:							
				令和	年	月	日
上記診断のとおり相違ありません							
				所在地:			
				医療機関名:			
				医師名:			
				印			

連帯保証人届

ケアハウス希望の園 施設長 様

本人 住所 〒

氏名

印

この度、上記本人 _____ が貴施設に入居に際しましては、下記の事項を守り、本人の身元に関する一切の事項は、連帯保証人が連帯してその責に任じますことを連署し、捺印の上、本書を提出します。

記

1. 本人に、施設の諸規定及び指示を堅く守らせます。
2. 本人が、病気または他の事情により、施設の生活を続けることが無理と認められた場合には、退所の通告に異議を申しません。この場合、本人の引き取りは連帯保証人が責任を負います。
3. 本人に、所定の費用を毎月所定の期日迄に必ず納入させます。
4. 本人が所定の費用の支払いが不可能になった場合は、連帯保証人において支払います。
5. 本人が故意または過失によって、建物、設備などに損害を与え、また無断で居室に工作を加えたり、設備、備品の形状を変更した時は、本人と連帯してその損害を弁償し、または現状に回復します。

連帯保証人

住所 〒

電話

(携)

職業

本人との関係

氏名

印

年 月 日生

連帯保証人

住所 〒

電話

(携)

職業

本人との関係

氏名

印

年 月 日生

ケアハウス希望の園の利用料について

毎月の利用料は、入居者の収入に応じて下記のとおり国で定められた額(事務費・生活費・管理費の合算額)です。今後変わることがあります。このほか、自室の電気料・電話料・水道料及び介護などの在宅福祉サービスは個人負担です。(水道料は毎月1,250円です。)

なお、冬期間(11月～3月までの5ヶ月間)暖房費として6945円が加算されます。(分割徴収)

事務費・・・当園職員の人件費及び事務・諸経費に充当されます。

生活費・・・給食費・共用部分の光熱水費・保健衛生費などに充当されます。

管理費・・・家賃として施設整備費に充当されます。

入居利用料の額(月額)

令和3年4月1日以降適用

	対象収入による区分	事務費	生活費	管理費	計	暖房費
1	1,500,000円以下	10,000 円	46,607 円	8,000 円	64,607 円	6,945 円
2	1,500,001円～1,600,000円	13,000 円	46,607 円	8,000 円	67,607 円	6,945 円
3	1,600,001円～1,700,000円	16,000 円	46,607 円	8,000 円	70,607 円	6,945 円
4	1,700,001円～1,800,000円	19,000 円	46,607 円	8,000 円	73,607 円	6,945 円
5	1,800,001円～1,900,000円	22,000 円	46,607 円	8,000 円	76,607 円	6,945 円
6	1,900,001円～2,000,000円	25,000 円	46,607 円	8,000 円	79,607 円	6,945 円
7	2,000,001円～2,100,000円	30,000 円	46,607 円	8,000 円	84,607 円	6,945 円
8	2,100,001円～2,200,000円	35,000 円	46,607 円	8,000 円	89,607 円	6,945 円
9	2,200,001円～2,300,000円	40,000 円	46,607 円	8,000 円	94,607 円	6,945 円
10	2,300,001円～2,400,000円	45,000 円	46,607 円	8,000 円	99,607 円	6,945 円
11	2,400,001円～2,500,000円	50,000 円	46,607 円	8,000 円	104,607 円	6,945 円
12	2,500,001円～2,600,000円	57,000 円	46,607 円	8,000 円	111,607 円	6,945 円
13	2,600,001円～2,700,000円	64,000 円	46,607 円	8,000 円	118,607 円	6,945 円
14	2,700,001円～	67,700 円	46,607 円	8,000 円	122,307 円	6,945 円

*この表の「対象収入」とは、前年の収入から租税・社会保険料・医療費等の必要経費を控除した後の収入をいう。

*夫婦で入居する場合については、夫婦の収入を合算し、必要経費を控除して合計額の2分の1をそれぞれ個々の対象収入とする。その額が150万円以下に該当する場合の夫婦それぞれの事務費徴収額は、上記の額から30%減額する。