

## 入居までの手続き

### 1. 見学

ご都合の良い日時をお電話でご連絡下さい。(土日でも可)

### 2. 体験入居

ご都合の良い日程をご予約頂き 2泊3日以上 でご利用をお願い致します。

### 3. 書類作成

以下のものの記入、手配をお願い致します。

入居申込書1・入居申込書2・身元保証書・収入申告書・経歴書・趣味等 収入証明書類(源泉徴収票・確定申告書控え・通帳コピーなど) 住民票・戸籍謄本	印鑑証明(本人の物ではなく保証人2名の物)
--	-----------------------

### 4. 健康診断

所定の用紙をかかり付けの病院に提示のうえ、記入していただくようお願い致します。(田中クリニックで受診することも可能です)

### 5. 面接

ご本人様と保証人様(1名で可)のご都合の良い日時をお電話にてご連絡下さい。日程の調整をさせていただきます。

### 6. 入居判定

面接後1ヶ月程で入居の可否を文書にてご連絡させていただきます。  
なお、居室に空きが無い場合は待機頂く事になります。その際には入居可能な時期が参りましたら、すぐにご連絡させていただきます。

### 7. 契約

面接同様、ご本人様、保証人様でお越し頂きます。事前にご都合の良い日時をご連絡下さい。

【持ち物】契約書・利用者状況届・印鑑(ご本人様)・実印(保証人様)

### 8. 契約後

①原則として、契約後1週間以内に入居一時金の振り込みをお願い致します。

振込み先

社会福祉法人 博美会	ケアハウス富士の里
清水銀行鷹岡支店	口座番号7025984

②住所変更。住民票のみでなく保険証類もお忘れなく

様式1-①

年 月 日撮影

入居申込書①

ケアハウス富士の里  
施設長 様

写真

縦4cm×  
横3cm位

ふりがな

氏名

印

次のとおり軽費老人ホーム(ケアハウス)入居を申し込みます。

居室の希望	一人部屋・二人部屋	入居日	年 月 日頃
生年月日	明治・大正・昭和	年 月 日( 歳)	男・女
現住所	電話 ( )		
本籍地	都道府県		
収入状況	年金恩給等	種類	金額 円
	年金恩給等	種類	金額 円
	給与	勤務先	金額 円
	不動産収入	種類	金額 円
	その他収入		金額 円
	借入金	金額 円	借入先 期間
利用料等 経費支払	1. 本人負担 2. 一部縁故者 3. 全額縁故者	※番号のいずれかに○を、2、3は下に記入を。 縁故者の場合 住所 氏名 続柄( ) 職業	
家族の状況 (近親者)	続柄	氏名	年齢 住所 職業 同居/別居 備考

※入居日の欄のうち、その他の場合は入居待機予約として登録します。

住居の状況		区分	広さ	家賃	現在の住居での問題点	
		自家	室 畳			
		借家	室 畳			
		アパート	室 畳			
		その他				
身体 の 状 況	日常生活	移動	自立・一部介助・全介助	精 神 の 状 況	性格	
		食事	自立・一部介助・全介助		対人関係	拒否的・普通・協調的
		入浴	自立・一部介助・全介助		精神状態	正常・精神障害あり
		排泄	自立・一部介助・全介助		ありの場合	
		着脱衣	自立・一部介助・全介助		問題行動	ない・ある・時々ある
	健康状況	生活に困難性及び不安がある 健全・病弱・持病(病名 ) 通院治療中:病名 病院名 最近5年間にかかった病気				
身体障害	有・無	有りの場合(部位	手帳	有・無	種	級)
介護保険	認定	有・無	要支援	1. 2	要介護	1. 2. 3. 4. 5.
入居希望の理由		※具体的に				
身元保証人		続柄	氏名	住所	勤務先	
				電話	電話	
				電話	電話	

注意①記入上の注意 ・各項目毎に該当するところを○で囲んでください。

・()の箇所はできるだけ具体的に記述してください。

②必要書類は必ず添付してください。

③この申請書類で審査し、適格者と認められた場合は、面接調査の上、入居者を決定

④面接通知を受けたときは、保証人とご同行下さい。

# 経歴書

年 月 日現在

○ 学歴、職歴、役職、賞罰等ご記入下さい。(出身地、戸籍等の移動)

年 月	

○ 病歴等 (富士の里の生活で健康上知らせておきたいこと)

ペースメーカーの使用 有・無 ※有の方は電磁調理器の使用を変更します。





様式2

健康診断

氏名	男 女	明治・大正・昭和			年齢	血液型
		年	月	日		
住所					電話	
身長	体重		視力	色神	聴力	血液検査 GOT GPT コレステロール 梅毒 白血球 赤血球 血色素
	右 ( )	左 ( )				
胸部X線	心電図		義歯有無			
既往歴	現病歴		常備薬			
総合判断						

上記の通り診断いたします。

年 月 日

住所

医師名

印

# 収 入 申 告 書

平成 年 月 日

ケアハウス「富士の里」施設長 様  
私の平成 年中の収入申告について下記のとおり申告いたします。

部屋番号 号室 氏名 \_\_\_\_\_ 印

(明・大・昭 年 月 日生)

	種 類	金 額(年額)	証 明 書 類
収          入	恩給、年金等の収入(実際の受給額)		確認欄
	国民老齢年金	円	
	老齢厚生年金		
	遺族厚生年金		
	( )年金		
	( )恩給		
	利子、配当金(確定申告をする場合に限る)		
	財産収入(地代、家賃等の財産から得られた所得金額)		
	その他収入(不動産、動産の処分)		
	(勤務・営業収入)		
	収入合計 ①	円	
必 要 経 費	所得税	円	
	住民税等の租税(ただし、固定資産税を除く)		
	社会保険料 後期高齢者医療保険料		
	介護保険料		
	医療費		
	介護保険利用料本人負担金(介護保険利用者のみ)		
	その他必要経費( )		
	必要経費合計 ②	円	
	差引額(①-②)	円	

※必要書類を添付してください。

受付者	
施設長	