

ケアハウスつつきの郷

令和 年 月 日

入 居 申 込 書

社会福祉法人 南山福社会
理事長 塔下 博之 様

氏名 _____ 印

写真
6ヶ月以内

ケアハウスつつきの郷に入居申請いたします。

入 居 申 請 者					
氏名	ふりがな _____ 印				
生年月日	明・大・昭 年 月 日 生 _____ 才				
現住所	〒 _____ 電話 _____	本籍	_____	配偶者	有り・無し
身元保証人			身元保証人		
氏名	ふりがな _____ 続柄 _____		氏名	ふりがな _____ 続柄 _____	
現住所	〒 _____ 電話 _____	現住所	〒 _____ 電話 _____		
本籍	_____	本籍	_____		
申請理由					

収入申告書

令和 年 月 日

社会福祉法人 南山福社会
理事長 塔下 博之 様

氏 名 印

明・大・昭 年 月 日 生

私の平成 年度の収入について下記の通り申告いたします。

	種 類	金 額 (年 額)
収 入 A	恩 給・年 金 等 収 入 () 年金 記号 番号 () 恩給	円
	利 子 ・ 配 当 収 入	円
	そ の 他 の 収 入	円
	合 計	円
	必 要 経 費 B	租 税
	医 療 費	円
	社 会 保 険 料	円
	そ の 他 の 必 要 経 費	円
	合 計	円
	差 引 額 (A - B)	円

A. 収入とは次のものをいいます。

- (ア) 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、実際に受給した額。
- (イ) 貸金、給与、賞与、報酬等、勤務の対価として受け取った金額。
- (ウ) 利子、配当収入、不動産からの収入、不動産の処分による収入、その他の収入。

B. 必要経費とは次のものをいいます。

- (ア) 所得税、住民税の租税、社会保険料、国民健康保険の保険料、又はこれに準ずるもの。
- (イ) 医療費。(差額ベッド代、付き添い費用、医療品購入費を含む医療を受けるのに必要とされる一切の経費。ただし保険金等で補填される金額を除く。) その他の必要経費。

収入申告書は、昨年中(1月1日から12月31日まで)の収入又は必要経費について、上記の説明をよく読んで記入して下さい。

(注)収入申告の金額を確認できる年金額改定票、領収書、確定申告の控え等を添付して下さい。

(入居者情報)

氏名	印	明・大・昭	年	月	日
職 歴					
生 活 歴 及 び 家 族 歴					
身 体 状 況					
そ の 他	宗教		趣味		
動 産 ・ 不 動 産 か ら の 収 入	動 産		不 動 産		そ の 他 ()
	円		円		円
送 金 (年 額)	送 金 者 氏 名			続 柄	
	送 金 者 住 所				
	送 金 額	円			
親 族 連 絡 先	氏 名	続 柄	住 所		電 話 番 号

(心身の状況)

歩 行		聴 力	
視 力		発 語	
入 浴		食 事	
性 格		協 調 性	

(現在の健康状態)

治療継続中の病名 内容等	伝染性疾患 無・有 (病名)		
身体障害者手帳	無・有 (種 級・番号)		
補装・補助具 治療器具等	車椅子・歩行器・杖・シルバーカー・トーキングエイド・ストマー コルセット・短下肢補足装具・補聴器・老眼鏡・拡大鏡 電動歯ブラシ・その他 ()		
医療機関名	TEL		
主治医名	TEL		
介護 保 険 情 報	要介護認定日	令和 年 月 日 又は申請中	
	要介護度区分	自立・要支援 1・2 要介護度 1・2・3・4・5	
	認定有効期間	令和 年 月 日～令和 年 月 日	
	被保険者番号	有効期間	令和 年 月 日～ 年 月 日
	保険者番号	交付年月日	令和 年 月 日
	居宅介護支援事業者名	支援専門員名	
	利用者負担減額認定	無し・有り 月 日認定	
健 康 保 険	被保険者名	記号・番号	
	保険者名称	番号	
	老人医療受給者証番号		
	備考		

(備考)