

入 所 申 出 書

年 月 日

函館市長 様

	住所	函館市	町	丁目	番	号
入所希望者	ふりがな 氏 名					印
	生年月日		年	月	日	
	個人番号					
	電 話			局		番
	住 所					
養護者等	ふりがな 氏 名					印
	本人との続柄					
	電 話			局		番

次のとおり養護老人ホームに入所したいので申し出ます。

なお、この申出に関し、入所措置の決定に必要な範囲で収入等に関する調査を行うことについて同意します。

- 1 入所希望者の状況
- 2 入所を希望する施設の所在地
- 3 入所を希望する理由
- 4 身体・精神の状況
- 5 家族・住居の状況

別紙のとおり

添付書類

健康診断書

1. 申請理由

申請の理由を記入してください。

※現在の悩みや困っていることなど、あてはまるもの全てに☑してください。

- 市内に身寄りがなく不安である。
- 民間施設・住宅は経済面から入居が困難である。
- 在宅サービスを利用しても在宅生活に支障がある。
- 住宅に問題があり、生活できない。
- 家族が「高齢」「障害」「疾病」「就労」「子育て」などにより支援が困難である。
- 施設や病院等から退所を求められているが、自宅での生活が困難である。
- 身内が遠方に住んでいるが、それを頼って地元を離れるのは不安がある。
- 上記にあてはまる悩みはない

入所希望者の現在の状況

- 要介護度 なし あり（要支援 1・2 要介護 1） チェックリスト該当  
 （有効期間 年 月 日～ 年 月 日）
- 新規申請中 更新申請中 区分変更申請中

- 身体障害者手帳 なし あり（種 級、障害名 )
- 自宅で一人で暮らしている 自宅で家族と暮らしている
- 病院や施設等に入っている（病院または施設名 年 月 日～）  
 日常生活の援助をしてくれている人はいますか いない いる（氏名 続柄）

身元引受人

- 氏名 印 （入所希望者との関係 )
- 住所
- 電話

入所希望施設

- 第1希望 永楽荘 まろにえ 好日園 その他（ )
- 第2希望 永楽荘 まろにえ 好日園 その他（ )
- 第3希望 永楽荘 まろにえ 好日園 その他（ )

## 2. 健康の状況

健康

普通

病弱

寝込むことが多い

## 3. 身体及び日常生活動作の状況

### (1) 身体状況

- ア 身長 cm  
 イ 体重 kg  
 ウ 視力 見える 見えにくい 見えない ( 右 左 ) ( 眼鏡使用 )  
 エ 聴力 聞こえる 聞こえにくい 聞こえない ( 右 左 ) ( 補聴器使用 )  
 オ 言語 話せる 聞き取りにくい 話せない  
 カ 意思 疎通できる ある程度できる 疎通できない  
 キおむつの使用 無し パッド ( 昼 夜 ) リハビリパンツ ( 昼 夜 )  
 ク 睡眠 普通 眠れないことが多い 不眠 眠剤を服用

### (2) 日常生活動作の状況

- ア 歩行 自立 つかまれば歩ける 杖歩行 歩行器 車いす  
杖・歩行器・車いすで、なおかつ介助が必要  
 イ 排泄 自立 誘導 一部介助  
 ウ 食事 自立 見守り 一部介助  
 エ 入浴 自宅で自立 自宅で見守り 自宅で一部介助 デイで入浴 拒否  
 オ 着脱衣 自立 見守り 一部介助

## 4. 利用中のサービス

利用あり 利用なし ( 利用していない理由 )



利用ありの場合、内容を記入してください。

- |   |   |  |     |
|---|---|--|-----|
| <input type="checkbox"/> ヘルパー                         | 回/月   | <input type="checkbox"/> デイサービス        | 回/月 |
| <input type="checkbox"/> 通所リハビリ                       | 回/月   | <input type="checkbox"/> 訪問リハビリ        | 回/月 |
| <input type="checkbox"/> 訪問看護                         | 回/月   | <input type="checkbox"/> 訪問入浴          | 回/月 |
| <input type="checkbox"/> 福祉用具貸与                       | 品目  | <input type="checkbox"/> ショートステイ       | 日/月 |
| <input type="checkbox"/> 居宅療養管理指導                     | 回/月   | <input type="checkbox"/> その他の介護サービス( ) |     |
| <input type="checkbox"/> 配食サービス ( 朝 回/週 昼 回/週 夜 回/週 ) |   |  |     |
| <input type="checkbox"/> 緊急通報システム                     | <input type="checkbox"/> その他使っている民間サービスなど ( ) |  |     |

## 5. 精神の状態

### (1) 性格

- 朗らか      親しみやすい      几帳面      こり性  
自分のことを気にしやすい      人にとけこめない      融通がきかない  
好き嫌が多い      わがまま      頑固      短気      無口

- (2) 対人関係      拒否的である      普通      協調的である

### (3) 日常生活の様子

下記に該当するものはない

認知症の中核症状がある      ※ある場合、あてはまる項目に○をつけてください

財布や鍵など、物を置いた場所がわからなくなることがある	いつも ある	時々 ある
周りの人から「いつも同じ事を聞く」など、もの忘れがあると言われる	いつも ある	時々 ある
5分前に聞いた話を思い出せないことがある	いつも ある	時々 ある
今日が何月何日かわからないときがある	いつも ある	時々 ある
予約日とは違う日に病院に通うことがある	いつも ある	時々 ある
自分の部屋がわからないことがある	いつも ある	時々 ある

(4) その他の症状	
□下記に該当するものがある      □下記に該当するものはない	
□火の不始末	□火の不始末をする事がある      □頻繁に火の不始末をする事がある □その他 ( )
□睡眠障害	□寝付きが悪い、なかなか眠れない      □眠剤を服用している □その他 ( )
□幻聴・幻覚	□確かに聞こえている、見えているのに、周りの人が否定する □その他 ( )
□妄想	□悪口を言われた、いじめを受けたと訴えるが、実際には何も起きていない □その他 ( )
□不安	□理由がない、または、理由があってもそれと不釣り合いに強く不安を感じる □その他 ( )
□うつ・抑うつ	□1日中気分が落ち込んでいる      □ここ2週間、何をしても楽しくない □その他 ( )
□心気症状	□検査では異常ないが、重い病気にかかっているのではないかと心配し続ける □その他 ( )
□焦燥	□焦りや疎外感を感じる □その他 ( )
□介護への抵抗	□入浴等を嫌がり、させようとする と抵抗する □その他 ( )
□自傷行為	□自分の衣服を裂く・破く      □自分の体を傷つける      □自殺を図る □その他 ( )
□攻撃的行動	□攻撃的な言葉を吐く      □乱暴なふるまいを行う      □他人に暴力をふるう □その他 ( )
□不穏興奮	□時々興奮し騒ぎ立てる      □いつも興奮し騒ぎ立てる □その他 ( )
□大声や奇声	□今まで温厚だったが、大声で怒鳴るようになった □その他 ( )
□過食・異食	□手当たり次第に目に付く物を食べる      □食べ物ではない物を食べようとする □その他 ( )
□不潔行為	□衣服等を汚す      □場所を構わず放尿・排便する □その他 ( )
□失禁	□時々失禁する      □いつも失禁する □その他 ( )
□帰宅願望	□自宅にいても「家に帰りたい」と訴える      □「家に帰る」と自宅を出て行く □その他 ( )
□昼夜逆転	□昼間うとうとして夜眠れない      □夜中に外出の準備をする □その他 ( )
□徘徊	□時々部屋でうろうろすることがある      □屋内をあてもなく歩きまわる □屋外をあてもなく歩きまわる      □その他 ( )
□その他	

## 6. 収入・資産・負債の状況

(1) 定期的な収入 ※年金（遺族年金・障害年金を含め全て）や給与	名 称	記号番号	金 額（年額）
(2) 資産	名称：	規模：	評価額： 円
(3) 負債	名称：	借入年月日：	金額： 円
(4) 生活保護	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（ 年 月 日保護受給開始）		

## 7. 健康保険・扶養の状況

(1) 健康保険	<input type="checkbox"/> 国保	<input type="checkbox"/> 後期高齢	<input type="checkbox"/> 社保（本人・家族）	<input type="checkbox"/> その他（ ）
(2) 扶養関係				
入所希望者を・税の扶養親族としている方	(氏名			続柄 )
・保険等の扶養としている方	(氏名			続柄 )
・給与等の扶養手当の対象としている方	(氏名			続柄 )
入所希望者に仕送りをしている方	(氏名			続柄 )

## 8. 入所希望者の生活歴

(1) 出生地	
(2) 学歴	
(3) 職歴	
(4) 結婚歴	年 月 日 子供 人
	年 月 日 子供 人
(5) 生活歴	
	※父母の職業
	※結婚前の職業や居住地
	※結婚後の職業、配偶者の職業や居住地
	※退職後の生活、趣味などについて、できるだけ詳しく記入してください。
(6) 病歴	病名 ( 年 月～) 通院中 ( 病院)・服薬中・治療終了・手術 ( 年)
	現在治療中のものや、過去に手術をした疾病などを記入してください。
	病名 ( 年 月～) 通院中 ( 病院)・服薬中・治療終了・手術 ( 年)
	病名 ( 年 月～) 通院中 ( 病院)・服薬中・治療終了・手術 ( 年)
	病名 ( 年 月～) 通院中 ( 病院)・服薬中・治療終了・手術 ( 年)

## 9. 家族・住居の状況

(1) 同居者の状況 <input type="checkbox"/> 一人暮らし <input type="checkbox"/> 同居者がいる 本人を含む全員について記入してください。生計中心者に○をつけてください。					
氏名	続柄	年齢	職業	健康状態	生計中心者の課税状況
	本人				<input type="checkbox"/> 生活保護法による被保護世帯 <input type="checkbox"/> 市民税非課税世帯 <input type="checkbox"/> 市民税非課税世帯(均等割・所得割) <input type="checkbox"/> 市民税課税世帯
(2) 住宅の状況 <input type="checkbox"/> 自家( <input type="checkbox"/> 一戸建て <input type="checkbox"/> マンション等) <input type="checkbox"/> 借家( <input type="checkbox"/> 公住 <input type="checkbox"/> アパート等 <input type="checkbox"/> 長屋 <input type="checkbox"/> 一戸建て) <input type="checkbox"/> 家族( )の( <input type="checkbox"/> 持家 <input type="checkbox"/> 借家)に居住 <input type="checkbox"/> 入院(入所)中(施設名 ) <input type="checkbox"/> 住宅に問題はない <input type="checkbox"/> 住居から立ち退きを求められている <input type="checkbox"/> 老朽化が激しい <input type="checkbox"/> 昇降設備のない2階以上に住んでいる <input type="checkbox"/> 入院中・入所中であるが、戻る家がない <input type="checkbox"/> 施設等に入所中であるが、経済的な理由で退所予定である <input type="checkbox"/> 介護上の問題から住宅改修が必要だが、経済的な理由などで改修できない					
(3) 扶養義務者の状況 ※市内・市外を問わず、配偶者と子の全員について記入してください。					
氏名	続柄	住所	職業	電話	
引き取りできない理由					
引き取りできない理由					
引き取りできない理由					
引き取りできない理由					
引き取りできない理由					
引き取りできない理由					
※市記入欄	主たる扶養義務者 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 氏名 _____ <input type="checkbox"/> 同居の配偶者 <input type="checkbox"/> 同居の子 <input type="checkbox"/> 税扶養 <input type="checkbox"/> 保険扶養 <input type="checkbox"/> 仕送り等				

## 健康診断書（養護老人ホーム入所用）

氏名	男・女	生年月日	・ ・ ( 歳)	
住所				
身体 の 状 況	現在の疾病状況	病名・発症年月・服薬の有無・治癒状況（または「治療内容」など）		
	既往症	病名・発症年月・現状		
	結核	有（感染の危険性：有・無 / 治療の必要性：有・無）・無		
	肝炎	HB S抗原	+ ・ -	
		H C V抗体	+ ・ -	
	その他の感染症	無・有 M R S A 疥癬 その他（ ）		
	膀胱・直腸障害	無・有 尿失禁（有・無） 便失禁（有・無）		
	起居動作の状況	歩行（可・否） 起立（可・否） 起座（可・否） 寝たきり		
	栄養状態等	良・中等・不良	身長	cm 体重 kg
	精神疾患または認知症の状態	無・有	疾患名：精神・神経症状	
認知症の中核症状	<input type="checkbox"/> 短期記憶 <input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 問題あり <input type="checkbox"/> 日常の意思決定を行うための認知能力 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> いづらか困難 <input type="checkbox"/> 見守りが必要 <input type="checkbox"/> 判断できない <input type="checkbox"/> 自分の意思の伝達能力 <input type="checkbox"/> 伝えられる <input type="checkbox"/> いづらか困難 <input type="checkbox"/> 具体的要求に限られる <input type="checkbox"/> 伝えられない			
認知症の周辺症状	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 幻覚・幻聴 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 暴言 <input type="checkbox"/> 暴行 <input type="checkbox"/> 介護への抵抗 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 火の不始末 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 異食行動 <input type="checkbox"/> 性的問題行動 <input type="checkbox"/> その他（ ）		
検査 の 状 況	検尿	糖（ ）	蛋白（ ）	ウロビリノーゲン（ ） 潜血（ ）
	血圧	（ / ）		
	レントゲン所見	撮影日（ 年 月 日） 所見（ ）		
	その他の所見 (血液検査等)			
医学的 判 定	1 要入院 2 要通院（養護老人ホーム入所：可・否） 3 入通院不要（養護老人ホームの入所は可能） 4 入院中であるが養護老人ホーム入所により退院可能 （退院後：要通院・通院不要）			
養護老人ホーム入所に関する所見				
上記のとおり診断します。 年 月 日				
住所 医療機関名 医師名				印



# 収入申告書

年 月 日

函館市長様

氏 名 印

入所年月日 年 月 日

私の 年中の収入について下記のとおり申告します。

入所施設名		養護老人ホーム入所者のみ:( )人部屋入居	
通知書番号			
	種 類	金 額	備 考
収入 A	恩給・年金等収入	円	
	国民年金 ( ) 厚生年金 ( ) 共済年金 恩 給		
	財産収入		
	利子・配当収入		
	その他収入		
	計		
必要 経 費 B	租 税	円	
	医療費		
	社会保険料 ・国保料 ・後期高齢者医療保険料 ・介護保険料 その他必要経費 ( )		
	( )		
	計		
	差 引 額 (A-B)	円	
※認 定	階層	円	
	[養護老人ホーム ( ) 人部屋入居につき %減額		円]

※欄は記入しないでください。

# 所得税額等申告書

年 月 日

函館市長様

住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ 印

年中の収入に係る所得税等について、次のとおり申告します。

なお、職権で負担金算定のため税務調査をされることに異議はありません。

施設名	
入所者氏名	
年分の所得税額	
年度分 市町村民税額 (該当欄に○印をつけてください。)	1 非課税 2 課税 ア 均等割課税 円 イ 所得割課税 円
生活保護法の適用	有 ・ 無
備考	
	※認定 階層 円

(注) 添付書類 (必ず添付してください。)

所得税額関係 ; 年分

給与所得の源泉徴収票の写, 確定申告書の写, 納税証明書  
公的年金等の源泉徴収票の写

市町村民税関係 ; 年度分

市町村民税課税通知書の写または, 課税証明書

生活保護受給者 ; 受給証明書