

高齢者支援ハウス申請に係るチェックシート

申請者氏名

提出書類の記入もれはありませんか、証明書類はそろっていますか？

チェック欄	No.	項 目
☐	1	●高齢者生活支援ハウス入居申請書 ※申請書は、すべて記入していますか？空欄はありませんか？ ※添付書類はそろっていますか？ ①住民票1通(世帯全員:表示項目必要なし)・・・新規申請者のみ ②令和 年の収入のわかる書類(住民税申告書の写し、確定申告書の写し、年金の源泉徴収票もしくは課税証明書)・・・市役所税担当へご相談ください。 ※ 障害年金・遺族年金・恩給等を受給している方は、年金の源泉徴収票等が必須です。 ③令和 年の必要経費のわかる書類(納付証明書、医療費領収書など) ※ ②の収入が120万円以下であれば、必要ありません。 ④写真・・・新規申請者のみ
☐	2	●誓約書 ※誓約書は、すべて記入してください。裏面の付票も忘れずに記入していますか？ ※添付書類はそろっていますか？ ①身元保証人の令和 年の収入のわかる書類(源泉徴収票、課税証明書、住民税申告書の写しもしくは確定申告書の写し)
☐	3	●緊急連絡票 ※すべて記入していますか？空欄はありませんか？
☐	4	●健康診断書 ※医師の意見が記入されていますか？、医師の名前・押印がありますか？
☐	5	●同意書 ※すべて記入していますか？空欄はありませんか？
☐		◆《森の家チェック》 本書類に関し、各項目のとおりであることを確認した。 ※上記「1」～「4」の項目について所属長が最終確認後、チェック

様式第1号(第8条第1項関係)

高齢者生活支援ハウス入居申請書

年 月 日

横手市長 様

申請者氏名

高齢者生活支援ハウスに入居したいので、下記のとおり申請します。

ふりがな 申請者氏名			男女	生年月日 (歳) 年 月 日			
現住所	〒 電話						
入居希望期間	年 月 日 ~ 年 月 日						
前年中の 収入状況	年金恩給等	種類			年額	円	
		種類			年額	円	
		種類			年額	円	
	給与	勤務先			年額	円	
	不動産収入	種類			年額	円	
	利子収入	円		その他収入	円		
	合計					円	
	借入金	円		借入先	償還期間 年		
前年中の 必要経費 支出状況	租税	円		社会保険料	円		
	医療費	円		その他	円		
	合計					円	
負担金等の 支払内容	1 全額本人負担 2 一部縁故者 3 全部縁故者 (該当に○印) 《上記2. 3に○印した方は、その縁故者について記入してください》						
	縁故者氏名			続柄		職業	
	縁故者住所	電話					
家族状況 (近親者)	氏名	続柄	年齢	住所	職業	電話	
身元保証人	氏名				続柄		
	住所	〒 電話					
	職業			勤務先・電話			

健康 状況	通院	有→				通院回数 月 回	
		無	病院名			週 回	
	最近5年間にかった病気						
	身体 障がい	有→ 無	〈部位〉上肢 下肢 体幹 視覚 聴覚 内部疾患()				
手帳の有・無		有・無	手帳番号		程度	種 級	
入居申請の理由(具体的に)							

- (注) 1 記入上の注意
(1) 各項目ごとに該当する箇所を○印で囲んでください。
(2) ()の箇所は、できるだけ具体的に記述してください。
- 2 添付書類
(1) 住民票 年金の証書の写し 確定申告書又は源泉徴収票の写し
(2) 本人の写真
- 3 この申請書で審査し、適格者と認められた場合は、面接調査の上、入居者を決定します。
- 4 面接通知を受けたときは、身元保証人を御同席ください。

様式第3号(第10条第2項関係)

健康診断書									
ふりがな氏名				生年月日	年 月 日		歳	男・女	
住所		電話							
病名				合併症					
既往歴									
現病歴									
麻痺		有 ・ 無 上肢(右 ・ 左) 下肢(右 ・ 左)							
関節硬直		有・無 部位()		疼 痛		有・無 部位()			
足変形		有 ・ 無		浮 腫		－ ・ ＋			
排尿状態		正常 ・ 頻尿 ・ 失禁 (オムツ使用 有 ・ 無 カテーテル使用 有 ・ 無)							
褥瘡		有・無(大きさ × cm)(数 個)(部位)							
栄養状態		良・中・不良(身長 cm)(体重 kg)(標準体重 kg)(肥満度 %)							
言語障害		有 ・ 無		障害高齢者の日常生活自立度		自立・J1・J2・A1・A2・B1・B2・C1・C2			
聴力障害		有・無 部位(右・左・両方)		認知症高齢者の日常生活自立度		自立・Ⅰ・Ⅱa・Ⅱb・Ⅲa・Ⅲb・Ⅳ・M			
視力障害		有・無 部位(右・左・両方)		介護度		非該当・要支援1・2・要介護1・2・3・4・5			
検査	血 圧	mmHg		胸部X線写真 (間接・直接) 撮影年月日 年 月 日 (直近3か月以内のもの)					
	脈 拍	／分 (整・不整)							
	HBS抗原	－ ・ ＋							
	HCV抗体	－ ・ ＋							
処方内容									
医師の意見							入院加療	要 ・ 否	
							感染性疾患	有 ・ 無	
							入所適格性	適・不適	
住所		年 月 日							
医療機関名									
医師氏名		印							

(注) 1 この健康診断書は、高齢者生活支援ハウス入居申請書(様式第1号)に添付するものです。
2 該当する箇所を○印で囲んでください。

様式第5号(第11条第2号関係)

誓 約 書

年 月 日

横手市長 様

入 居 者 住 所

氏名

身元保証人 住所

氏名

高齢者生活支援ハウスの入居に当たっては、次の条件を遵守し、誠実に入居生活を履行しますので、身元保証人と連署の上、誓約書を提出します。

- 1 横手市大森町高齢者生活支援ハウス運営規則を守ること。
- 2 身元保証人は、入居者とともに連帯責任を有することを確認し、入居者の一切の行為に基づき負担を支弁すること。
- 3 身元保証人は、入居者が高齢者生活支援ハウスの使用を終了した場合において市長が必要と認めるときは、入居者の身柄及び遺留品を引き取ること。
- 4 高齢者生活支援ハウス管理者の指示を遵守すること。

(注) ※ 身元保証人は、次の事項を作成すること。

- (1) 入居者との関係
- (2) 性別及び生年月日
- (3) 職業(勤務先及び電話番号)
- (4) 給与所得者にあつては源泉徴収票、その他の者にあつては市長の発行する課税証明書(非課税証明書)その他の証明書を添付してください。

付票

1 身元保証人

氏名 _____ (入居者氏名) _____

(1)入居者との関係

(2)性別及び生年月日

性 別 男 ・ 女 (該当するものに○印する)

生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

(3)職 業(勤務先及び電話番号)

(4)所得状況

年収 _____ 円

給与所得者にあつては、給与支払者の発行する前年の源泉徴収票を、その他の者
にあつては、市長の発行する課税証明書（非課税証明書）その他の証明書の添付

源 泉 徴 収 票 有 ・ 無

課税証明書（非課税証明書） 有 ・ 無

そ の 他 有 ・ 無

(該当欄に○印する)

様式第6号(第11条第3号関係)

緊 急 連 絡 票

入居者氏名		住所		電話	
-------	--	----	--	----	--

氏 名	生 年 月 日	年 齢	住 所	電 話 番 号
入 居 者 との続柄	勤 務 先	備 考		

氏 名	生 年 月 日	年 齢	住 所	電 話 番 号
入 居 者 との続柄	勤 務 先	備 考		

氏 名	生 年 月 日	年 齢	住 所	電 話 番 号
入 居 者 との続柄	勤 務 先	備 考		

同意書

横手市大森町高齢者生活支援ハウスの入居手続きにあつて、入居者負担額の認定のため、下記の事項について貴職が調査することに同意します。

【同意事項】 同一世帯全員の住民税課税額（収入状況）、納税及び社会保険料等の納付状況及び介護保険認定状況

令和 年 月 日

横 手 市 長 様

【申請（予定）者氏名】

【同意者】

住 所

氏 名

(利用者との関係)

※ この同意書は、申請（予定）者本人又は申請（予定）者と同一世帯に属する家族が記名してください。