

## 入 所 申 込 書

申込番号

平成 年 月 日

社会福祉法人 豊橋市福祉事業会  
施 設 長 様

写 真

「ケアハウスかなだ」への入所申し込みをいたします。

ふりがな  
氏 名

印

(配偶者氏名)

单身・夫婦

生年月日	年 月 日 (満 歳)	性別	男 ・ 女
現住所	〒 ☎		
本籍地			
日常生活	自力で可能 ・ やや不安 ( )		
健康状態	健康 ・ 病弱 ( ) 治療中の病気 無 ・ 有 ( ) 病院名 ( ) 最近5年間にかかった病気 ( )		
身体障害 (有 ・ 無) 有の場合 (部位 ) 身障手帳 種 級			
その他	趣味		
	嗜好		
	宗教		
収入状況	公的年金	種類 ( ) 年額 ( 円)	
		種類 ( ) 年額 ( 円)	
	給与所得	勤務先 ( ) 年額 ( 円)	
	不動産収入	種類 ( ) 年額 ( 円)	
	利子収入	年額 ( 円)	
	その他の収入		
	借入金 (有る方は記入下さい)	金額 ( 円) 返済月額 ( 円) 借入先 ( ) 借入残高 ( 円)	

申込の理由 (具体的に)							
費用負担	1. 本人		縁故者氏名		続柄		
	2. 一部縁故者		住所				
	3. 全額縁故者		☎	〒	勤務先( )		
家族の状況  子・兄弟	氏名	続柄	年齢	住所		職業	同居・別居
住居の状況	区分 項目	広さ		家賃		備考	
		持家	室	畳			
	借家	室	畳	円			
	アパート	室	畳	円			
	その他	室	畳	円			
生活歴	学歴	大卒 ・ 高卒 ・ 中卒 ・ 高小卒 ・ その他( )					
	職歴	主なもの					
	結婚歴	有 ・ 無					

注) 1. 添付書類 (1) 身元保証予定者届

2. 本申込書で審査し入所条件を満たすと認められた場合は、面接を行います。  
 面接通知を受けたときは、指定日に次の書類を持参のうえ保証人と一緒においで下さい。
- (1) 健康診断書
  - (2) 確定申告書または源泉徴収票の写し
  - (3) 所得証明書
  - (4) 住民票謄本
  - (5) 健康保険証
  - (6) 利用料等を本人以外の者が負担する場合は、その者の所得を証明する書類。

# 身元保証予定者届

平成 年 月 日

社会福祉法人 豊橋市福祉事業会  
ケアハウスかなだ  
施設長

様

入所希望者氏名

印

身元保証人として下記の2名を予定していますので、届け出ます。

記

氏名	
現住所	☎
生年月日	
続柄	

氏名	
現住所	☎
生年月日	
続柄	

# 健康診断書

氏名

生年月日 明・大・昭 年 月 日

(満 歳)

身長 cm  
体重 kg  
視力 右 ( ) 左 ( )  
聴力 右・左・要補聴器  
言語障害の (有・無)  
四肢 手足等の機能の麻痺  
の (有・無)

胸部X線撮影  
検尿 糖 ( ) 蛋白 ( )  
血圧  
血液検査 (HBs抗原を含む)  
血清梅毒反応  
B型肝炎  
C型肝炎  
赤痢菌検査

血液型 A・B・O・AB (Rh +・-)

既往症 (結核性疾患、精神病及び慢性中毒、心臓疾患等)

他覚的所見

上記のとおり診断いたします。

平成 年 月 日

医療機関

院長名

印