

一乗ハイツ 申し込み必要書類

	必要書類	備考	チェック欄
1	入居申込書	指定用紙	
2	診断書	かかりつけの病院に指定用紙を記入してもらってください	
3	契約書	指定用紙	
4	重要事項説明書	指定用紙	
5	個人情報使用同意書	指定用紙	
6	支払い確約書	指定用紙（必要に応じて）	
7	収入申告書	指定用紙	
8	戸籍謄本	市役所にて、入居する本人と相続人の関係がわかる戸籍謄本をお願いします	
9	所得証明書	市役所	
10	住民票	市役所	
11	後期高齢医療被保険者証	コピー	
12	国民健康保険証	コピー	
13	介護保険証	コピー	
14	年金証書	コピー	
15	年金改定通知書	コピー	
16	口座振替依頼書	指定用紙（3枚複写）	

入居申込書

年 月 日受付				受付者				
フリガナ			〒 住所					
本人氏名 印								
生年月日 M・T・S 年 月 日			年齢		性別		電話番号	
(これまでの生活の経過)								
要介護度		担当居宅事業所名			身障手帳 ☐ 有 ☐ 無 等 級			
サービス利用状況		☐ ホームヘルパー ☐ デイサービス ☐ デイケア ☐ 訪問看護 ☐ ショートステイ						
受診状況	医療機関名							
	病 名							
	受 診 頻 度	☐ 定期(月・週 回) ☐ 不定期		☐ 定期(月・週 回) ☐ 不定期		☐ 定期(月・週 回) ☐ 不定期		
	薬 の 有 無							
	主 治 医							
入居時の利用料の負担 ☐ 全額本人負担 ☐ 全額縁故者負担 ☐ 一部縁故者負担								
(全額、一部縁故者負担の場合のみ記入)								
住 所								
負担者								
氏 名		電話番号						
年金の種類				年額				
年金の種類				年額				
年金の種類				年額				
年金の種類				年額				
成年後見・権利擁護利用の有無 ☐ 権利擁護 ☐ 有 ☐ 無 成年後見 ☐ 有 ☐ 無								
連絡先①	フリガナ 氏名	性別 男・女		生年月日 S・H 年 月 日			続柄	
	〒 住所	電話番号			(自宅) (携帯)			
	勤務先会社名			勤務先電話番号				
連絡先②	フリガナ 氏名	性別 男・女		生年月日 S・H 年 月 日			続柄	
	〒 住所	電話番号			(自宅) (携帯)			
	勤務先会社名			勤務先電話番号				
連絡先③	フリガナ 氏名	性別 男・女		生年月日 S・H 年 月 日			続柄	
	〒 住所	電話番号			(自宅) (携帯)			
	勤務先会社名			勤務先電話番号				

診断書ならびに現在記録

〒 -		氏名	
住所		T・S 年 月 日生 歳	
TEL - -			
既往症			血液型 型
身長;	cm	体重;	kg
視力; 右		左	
血压;		/	
現在	病名;		
	注射;		
	服薬処方;		
検尿; 蛋白() ウロビリノーゲン() 糖() 潜血()			

身体状況

要介護度 ()	認知症 無・有 (+1・+2・+3・+4)
心臓疾患	
胸部疾患	
慢性疾患	泌尿器疾患
伝染病疾患	結核性疾患
梅毒反応 (陽性・陰性)	精神病
過敏症有無 (有・無)	肝炎 無・有 (A型・B型・C型・他)
四肢の状態	

日常生活

歩行; 全介助・要介助・自立	施設で生活するうえで注意すべき点
食事; 全介助・要介助・自立	
排泄; 全介助・要介助・自立	
洗面; 全介助・要介助・自立	
入浴; 全介助・要介助・自立	
更衣; 全介助・要介助・自立	
意思疎通; 不能・困難・普通	
上記のとおり診断します。	
住所	
令和 年 月 日	医師
氏名	
印	

個人情報使用同意書

軽費老人ホーム 一乗ハイツ
園長 一乗玲子 殿

私と家族の個人情報については、次に記載するところにより、必要最小限の範囲内で使用することに同意します。

1 利用目的

- (1) 福祉サービスの提供のため
- (2) サービス提供にあたって利用者またはその代理人に対して確認連絡などを行うため
- (3) 当該利用者の福祉サービスの向上のため
- (4) 事業者の請求事務、事故等の報告のため
- (5) 福祉サービスや業務の維持・改善のための基礎資料作成のため
- (6) 医療機関への受診、入院のための情報提供

2 個人情報の提供

事業所は、福祉サービスを円滑に提供するため下記の事業者、機関等へ個人情報を提供することがあります。

- (1) 当該利用者のサービス担当会議での連絡調整
- (2) 区福祉保健センター、相談支援事業所、居宅介護支援事業所等の関係機関
医療機関との連絡調整

3 個人情報を使用する期間

軽費老人ホーム 一乗ハイツとの契約期間、当該契約の解約又は解除後の書類保存期間に相当する期間使用します。

令和 年 月 日

利用者（住所） _____

（氏名） _____ 印

（ご家族）

（住所） _____

（氏名） _____ 印

収 入 申 告 書

令和 年 月 日

施設名 一乗ハイツ
施設長名 一 乗 玲 子 様

氏名 _____ 印 _____

令和元年の収入について、下記のとおり申告します。

	種別	申告額	算定額
		金額（年額・円）	金額（年額・円）
収 入	年金・恩給等収入		
	（ ）年金・恩給		
	（ ）年金・恩給		
	（ ）年金・恩給		
	（ ）年金・恩給		
	財産収入		
	利子・配当収入		
	その他収入		
	① 収入合計		
必 要 経 費	租 税		
	（ 源泉徴収税 ）		
	（ 所得税 ）		
	（ 住民税 ）		
	（ ）		
	社会保険料		
	（ 保険料 ）		
	（ 介護保険料 ）		
	（ ）		
	医療費		
	（ ）		
	（ 高額療養費、保険金等 ）	△	△
	介護サービス利用料		
	（ ）		
	（ ）		
（ 高額介護サービス費 ）	△	△	
その他必要経費			
	② 経費合計		
	差引額（①－②）		

階 層	事務費徴収額
階層	円

※ 内のみ記入してください。
※ 収入および必要経費について、それを証明する資料を添付してください。

利 用 料 金 表

年 間 所 得 金 額		事務費	生活費	利用料月額
1	1500000円未満	10,000	51,640	61,640
2	1500001円 ～ 1600000円	13,000	51,640	64,640
3	1600001円 ～ 1700000円	16,000	51,640	67,640
4	1700001円 ～ 1800000円	19,000	51,640	70,640
5	1800001円 ～ 1900000円	22,000	51,640	73,640
6	1900001円 ～ 2000000円	25,000	51,640	76,640
7	2000001円 ～ 2100000円	30,000	51,640	81,640
8	2100001円 ～ 2200000円	35,000	51,640	86,640
9	2200001円 ～ 2300000円	40,000	51,640	91,640
10	2300001円 ～ 2400000円	45,000	51,640	96,640
11	2400001円 ～ 2500000円	50,000	51,640	101,640
12	2500001円 ～ 2600000円	57,000	51,640	108,640
13	2600001円 ～ 2700000円	64,000	51,640	115,640
14	2700001円 ～ 2800000円	71,000	51,640	122,640
15	2800001円 ～ 2900000円	78,000	51,640	129,640
16	2900001円 ～ 3000000円	85,000	51,640	136,640
17	3000001円 ～ 3100000円	93,000	51,640	144,640
18	3100001円 ～ 3200000円	101,000	51,640	152,640
19	3200001円 ～ 3300000円	109,000	51,640	160,640
20	3300001円 ～ 3400000円	117,000	51,640	168,640
21	3,400,001 以上		51,640	全額
上記のほかに冬期間(11月から3月)は、暖房費 3,930円 加算				

- ・ 電気代（毎月20k wまでは無料）
- ・ 洗濯依頼料月額3,000円
- ・ 電話基本料金月額1,000円
- ・ 車を持ち込まれる方は駐車料金月額3,000円
- ・ 施設の公用車を利用した時

大野市内・・・1回 500円

市 外・・・1km 50円（緊急時も同様）

＝ 軽費老人ホーム 一乗ハイツ＝

平成26年4月1日改定

(共用) 脱衣場・入浴場【月・木・土】



(共用) 食堂・ラウンジ



廊下・エレベーター・洗濯場

