

申込み必要書類

- 入居申込書
.....
- 家賃減額申請書
.....
- 医療保険証・介護保険証の写し
.....
- 年金証書もしくは年金通知ハガキの写し
.....
- 戸籍謄本（本人と相続の続柄がわかるもの）
.....
- 所得証明書
.....
- 納税証明書
.....
- 住民票
.....

入居時必要書類

- 賃貸借契約書
.....
- 重要事項説明書
.....
- 登録事項証明書
.....
- 口座振替依頼書
.....
- 診断書
.....
- 預金口座通帳の写し（口座番号記載ページ）
.....

1 高齢者向け優良賃貸住宅 コーポめいりん 入居申込書

年 月 日						
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 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 等級		
サービス利用状況	<input type="checkbox"/> ホームヘルパー <input type="checkbox"/> デイサービス <input type="checkbox"/> デイケア <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> ショートステイ					
受診している医療機関						
入居予定人	氏名	続柄	生年月日	満年齢	職業	税込月収
		本人				
入居時の利用料の負担	<input type="checkbox"/> 全額本人負担 <input type="checkbox"/> 全額縁故者負担 <input type="checkbox"/> 一部縁故者負担 <small>(全額、一部縁故者負担の場合のみ記入)</small>					
負担者	住所		電話番号			
	氏名					
年金	年金の種類			年 額		
成年後見・権利擁護利用の有無	権利擁護 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		成年後見 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 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		

様式第1号

令和 年 月 日

社会福祉法人光明寺福祉会

理事長 一乗 玲子 殿（認定事業者）

大野市高齢者向け優良賃貸住宅家賃減額申請書

下記の住宅の入居に伴い、大野市高齢者向け優良賃貸住宅家賃減額補助事業補助金に係る家賃減額の適用を受けたいので、次のとおり家賃の減額を申請します。

記

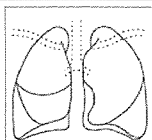
入居希望 住宅名				住宅番号		
現住所						
ふりがな						
申込者氏名	⑩					
生年月日	明治 大正 昭和	年	月	日	電話 番号	() -
入居 申込者 及び 同居	氏名	続柄	生年月日	年齢	職業	前年の所得額
		本人				円
						円
						円
						円
合計	人	前年の所得から判定した収入月額				円

(添付書類)

- (1) 入居希望者及び同居予定者全員の住民票（続柄の記載があること。）の写し（入居者予定者及び同居しない扶養親族を含む。）
- (2) 世帯の収入を証明する書類（入居希望者及び同居予定者で所得があると見なされる者全員の所得証明書等）
- (3) 入居希望者及び同居予定者の納税証明書等市税の滞納が無いことが確認できる書類
- (4) その他市長が必要と認める書類

診 断 書

一乗ハイツ コーポ花山
コーポめいりん

利用者	氏名		性別	男 女	
	生年月日	昭和 年 月 日	歳		
	住所				
傷病名・発症日	傷病名（発症時期）	アレルギー 有・無 （ ）	現病歴及び現症		
現在の処方			処置内容	<input type="checkbox"/> 経管栄養（ <input type="checkbox"/> 鼻 <input type="checkbox"/> 胃瘻 <input type="checkbox"/> その他） <input type="checkbox"/> 膀胱留置カテーテル（ <input type="checkbox"/> 尿道 <input type="checkbox"/> 膀胱瘻） <input type="checkbox"/> 褥瘡（部位： ） <input type="checkbox"/> インシュリン（ ） <input type="checkbox"/> 吸引（ <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 口腔 <input type="checkbox"/> 鼻腔） <input type="checkbox"/> 在宅人工呼吸療法（ ） <input type="checkbox"/> 在宅酸素療法 <input type="checkbox"/> ペースメーカー <input type="checkbox"/> 人工肛門	
			<input type="checkbox"/> 別紙参照		
検査所見	通常バイタル	年 月 日	血 圧 脈 拍 体 温 s p o 2	血 液 型	
				A B O型（ ）	
				R H型（ ）	
	身体測定	年 月 日	身長	体重	麻痺の有無・部位
			cm	kg	
	感染症	年 月 日	H B S抗原（ + - ） 皮膚感染症疾患（有・無） H C V抗体（ + - ） M R S A加療の有無（有・無） 疥癬（ + - ） Wa（ ）		
	X線所見		異常なし X線検査不能の場合 異常あり （打診・聴診の所見） 直近の撮影のもので可		
尿検査	年 月 日	蛋白（ ） 糖（ ） 潜血（ ）			
血液検査	年 月 日	*検査結果報告書コピー添付可 その他、異常があればご記入ください。			
ADL等	歩行	<input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 杖使用 <input type="checkbox"/> 介助 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> 歩行不能			
	食事	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 胃管カテーテル			
	排泄	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助 <input type="checkbox"/> ポータブル <input type="checkbox"/> オムツ（全日・夜間） <input type="checkbox"/> カテーテル			
	衣着	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助			
	入浴	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助			
認知症	【周辺症状】 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 興奮 <input type="checkbox"/> 幻覚 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 独語 <input type="checkbox"/> 大声 <input type="checkbox"/> 暴力 <input type="checkbox"/> 攻撃的行為	【特記事項】			

上記のとおり診断します。

医療機関名・所在地
医師氏名

令和 年 月 日