様式第1号(第4条関係)

　　年　　月　　日

　　雲仙市長　　　　様

住所

氏名

電話

高齢者生活支援ハウス運営事業利用申請書

　次のとおり高齢者生活支援ハウス運営事業の利用を申請します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 対象者 | フリガナ |  | | 生年月日 | | 年　月　日(　歳) | | | | | | 性別 | 男・女 |
| 氏名 |  | |
| 住所 |  | | | | | | 電話番号 | |  | | | |
| 希望する施設名 | |  | | | | | | | | | | | |
| 申請事由 | |  | | | | | | | | | | | |
| 緊急連絡先 | | 氏名 |  | | 続柄 | |  | | 電話番号 | |  | | |
| 住所 |  | | | | | | | | | | |
| 家族の状況 | | 氏名 | | | 続柄 | | 職業 | | | | 備考 | | |
|  | | |  | |  | | | |  | | |
|  | | |  | |  | | | |  | | |
|  | | |  | |  | | | |  | | |
| 民生委員氏名 | |  | | | | | | | | | | | |

診断書

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 氏名  生年月日 | | 男・女  年齢(　)歳 | | | 住所 | |  | | | | |
| 年　　月　　日生 | | |
| 現傷病名 | 初診　　年　　月　　日  ・  ・  ・  ・  ・  (入院年月日)　　　年　　月　　日 | | | | | | 検査事項 | 梅毒症　　有　・　無  結核症　　有　・　無 | | | |
| 血圧 | | 最高　　　　mmHg  最低　　　　mmHg | |
| 現症状  経過及び |  | | | | | | | | | | |
| 体動状態  　　　　　歩行(独歩・要介助)　　　　　起座(可能・不能)  　　　　　体位変換(可能・不能)　　　　　全く不能 | | | | | | | | | | | |
| 四肢の運動障害 | | | | 四肢の知覚障害 | | | | | | | |
| 有 | 上肢……両・右・左  下肢……両・右・左 | | 無 | 有 | | 上肢……両・右・左  下肢……両・右・左 | | | | | 無 |
| 精神状態  　　　　　　正常・粗暴・独善・自閉・痴呆・妄想・飲酒癖・放浪癖 | | | | | | | | | | | |
| 知能程度  　　　　　　正常　　　　歳程度 | | | | | | | 機能回復訓練の可能性  有　　・　　無 | | | | |
| 上記のとおり診断します。  　　年　　月　　日  住所  　医師氏名 | | | | | | | | | 備考欄 | | |
|  | | |

診断書

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 氏名 | | |  | (住所) |
| 生年月日 | | | 年　　　月　　　日(　　歳) |
| 現在の病名 | | | 1　　　　　　　　　　　　　　　年　　月発病  2　　　　　　　　　　　　　　　年　　月発病  3　　　　　　　　　　　　　　　年　　月発病  4　　　　　　　　　　　　　　　年　　月発病 | 既往症  1  2  3 |
| 精神の状態 | 精神状態 | ア　正常  イ　精神障害あり  　(ア)　痴呆  　　A　記憶障害　　a　重度　　b　　中度　　c　軽度  　　B　失見当　　a　重度　　b　　中度　　c　軽度  　(イ)　心気症状　(ウ)　不安　(エ)　焦燥　(オ)　抑うつ状態　(カ)　興奮  　(キ)　幻覚　(ク)　妄想　(ケ)　せん妄　(コ)　睡眠障害 | | |
| 問題行動 | ア　攻撃的行為　　　a　重度　　b　中度　　c　軽度  イ　自傷行為　　　a　重度　　b　中度　　c　軽度  ウ　火の扱い　　　a　重度　　b　中度　　c　軽度  エ　徘徊　　　a　重度　　b　中度　　c　軽度  オ　不穏興奮　　　a　重度　　b　中度　　c　軽度  カ　不潔行為　　　a　重度　　b　中度　　c　軽度  キ　失禁　　　a　重度　　b　中度　　c　軽度 | | |
| 問題行動による判定 | | ア　著しい問題行動があり、医療(要入院)処遇を要する。  イ　問題行動あり  　(ア)　養護老人ホームへの入所が望ましい  　(イ)　問題行動が多い等、一般居室での処遇が困難であり痴呆性老人専用居室への入所が望ましい  ウ　問題行動なし | | |
| その他参考事項 | |  | | |
| 上記のとおり診断します。  　　　　　　年　　月　　日  施設又は医療機関名  住所  医師氏名 | | | | |

身元引受書

入所(予定)者　住所

氏名　 　　　　　　　　　　(年齢　　歳)

　　　　　　生年月日　　　　　　　　年　　　月　　　日生

　上記の者に対する身元引受人として一切の責任をもち、もし、貴施設から退所の求めがあった時、又は、万一死亡の時は引き取ることを確約します。

　　　　　年　　月　　日

　　本　人　　　　住　所

　　　　　　　　　氏　名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

（自署の場合は押印不要）

　　身元引受人　　住　所

　　（保証人）　　氏　名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

（自署の場合は押印不要）

雲仙市長　　様

誓　約　書

　私は、高齢者生活支援ハウス　　　　　　　　　　　に入所するにあたり、下記の事項を厳守することを、保証人と連帯して誓約いたします。

　１、関係規則を守り、職員の指導に従い当施設の秩序を保つことに積極的に協力いたします。

　２、市に納入する入所負担金につきまして、納付期限までに遅滞なく納入いたします。

　３、市長が住居の提供をすることが適当でないと認めたときは、住居の提供を廃止されることに異論ありません。

　以上

　　　　　年　　月　　日

　　本　人　　　　住　所

　　　　　　　　　氏　名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

（自署の場合は押印不要）

　　保証人　　　　住　所

　（身元引受人）　氏　名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

　　　　　　　　（自署の場合は押印不要）

　　雲仙市長　　様

同　居　者　の　状　況　調　べ

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 氏　　名 | 続　柄 | 性別 | 生年月日 | 職　業 | 電話番号 |
|  |  |  |  | 年 　月 　日 |  |  |
|  |  |  |  | 年　 月 　日 |  |  |
| ③ |  |  |  | 年　 月 　日 |  |  |
| ④ |  |  |  | 年　 月 　日 |  |  |
| ⑤ |  |  |  | 年　 月 　日 |  |  |

近　親　者　の　状　況　調　べ

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 氏　　名 | 続柄 | 性別 | 生年月日 | 電　話 | 住　　　　所 |
| ① |  |  |  | 年　 月 　日 |  |  |
| ② |  |  |  | 年　 月 　日 |  |  |
| ③ |  |  |  | 年　 月 　日 |  |  |
| ④ |  |  |  | 年　 月 　日 |  |  |
| ⑤ |  |  |  | 年　 月 　日 |  |  |

　　年　　月　　日

　　雲仙市長　　様

氏　名

収入申告書

　私の令和　　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 | |  | |
| 種類 | | | 金額(年額)　　　　　　単位：円 |
| 収入　Ａ | 恩給・年金等収入  　(　　　　　　　　　　　　　　)年金  財産収入  利子・配当収入  その他収入 | |  |
|
| 計 | | 円 |
| 必要経費　Ｂ | 租税  医療費  社会保険料  その他必要経費 | |  |
|
| 計 | | 円 |
| 差引額　(A－B) | | | 円 |

個人情報調査・照会および利用に関する同意書

令和　　　年　　　月　　日

雲仙市長　様

入所希望者

住　　所　：

氏　　名　：　　　　　　　　　　　　　　印（自署の場合は押印不要）

生年月日　：　　　　　　　　　年　　　月　　　日　生

１　雲仙市が保有する個人情報

　（１）入所申込及び入所負担金徴収に係る調査

　　　　　生活支援ハウスに入所するにあたり、雲仙市が保有する私及び私の世帯の下記個人情報について、情報を保有する所管課から情報の提供を受け、利用することに同意します。

・市税に関する情報、・介護保険に関する情報、・住民基本台帳に関する情報、・生活保護に関する情報、・身体障害者手帳、精神障害者保健福祉手帳、療育手帳、原爆被爆者健康手帳に関する情報

　（２）債務回収に係る調査

　　　　　今後、私の雲仙市に対する債務の履行に遅滞が生じた場合には、その債務の回収に必要な範囲で、雲仙市が保有する私の下記個人情報について、情報を保有する所管課から情報の提供を受け、利用することに同意します。

・雲仙市の有する私に対する債権について滞納の有無及び滞納の内容と金額

・勤務先の名称及び所在地（特別徴収義務者の名所、所在地）

・預金口座のある金融機関名及び支店名

・市県民税に関する情報（所得の種類及び金額並びに収入の種類、その収入に係る支払者の名称及び所在地、所得控除の種類及び控除額並びに生命保険控除の対象となった保険料の支払先の名称及び所在地等）

・固定資産税に関する情報（固定資産課税台帳に登録された土地、家屋の所在地、価格、所有状況等）

・地方税法第15条の7による滞納処分の執行停止の措置の有無

・生活保護費受給の有無

２　雲仙市が保有しない個人情報

　私の雲仙市に対する債務の履行に遅延が生じた場合には、その債務の回収に必要な範囲で雲仙市が、私の個人情報を保有する下記関係諸機関に調査・照会を行い、私の個人情報の提供を受けることに同意します。

・市が、金融機関から取引口座の有無及び取引状況の情報の提供を受けることに同意します。

・市が私の勤務先ないし受注先から、私が有する給料債権、報酬債権、売掛金債権に関する情報の提供を受けることに同意します。

・市が、私と賃貸借契約を締結した貸主、賃貸物件を管理している不動産管理会社、賃貸物件を紹介した不動産仲介業者から私の連絡先、転居先住所の情報の提供を受けることに同意します。