

# 老人ホーム入所申し込みに必要な書類

## 1. 老人ホーム入所申し込み書（様式2）

記入例を参考にお書きください（同居家族の状況、過去の病歴、出身世帯・親近者の状況、住宅の状況など詳しく記入してください。）

## 2. 診断書（様式3）

在宅の老人の場合は、かかりつけの医師に依頼して提出してください。  
入院中の老人の場合は、病院の主治医の先生に依頼して提出してください。

## 3. 簡易知能評価スケール（様式4）

在宅の老人の場合は、かかりつけの医師に依頼して提出してください。  
入院中の老人の場合は、病院の主治医の先生に依頼して提出してください。

## 4. 入所対象者（老人）の収入について

老人の収入によって、入所した際に老人の負担金の金額が決まりますので、下記の書類を添付してください。

（1）年金証書の写し

（2）年金が振り込まれた金融機関の通帳の写し

期間： 年1月1日～ 年12月31日まで  
（ 年中の収入）

## 5. 扶養義務者（配偶者または子）の課税証明書の提出について

老人ホーム入所対象者（老人）の入所が決定すると、配偶者または子の課税状況に応じて負担金を収めていただくことになっており、その負担金の金額決定に対して下記の書類が 必要です。

（1） 年度分 町民税課税証明書

（2） 年度分所得税課税状況を証明できる書類

年度分の『確定申告』をされた方については『確定申告』の写し  
給与所得のみの方については、 年分の給与源泉徴収票

注（1）と（2）の両方が必要です。

## 6. 民生委員の意見書（様式5）

老人ホーム入所対象者（老人）の住んでいる地区の担当民生委員に依頼してください。

## 7. 戸籍謄本

老人ホーム入所対象者（老人）の子が全員記載されているものが必要です。

## 8. 住民票

世帯全員が記載されているものが必要です。

様式2

老人ホーム入所申出書

年 月 日

九重町長 殿

申出者

住 所

氏 名

(続 柄

印

)

私(次の者)は、老人ホームへ入所したいので、関係書類を添えて  
申し出ます。

記

入所対象者	住 所	九重町大字 番地		
	氏 名	行政区名( ) 電話 -		
	生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日(満 歳)		
申出の理由 及び本人の 状況  該当する事項 に 印を付す ること。その 他の場合にあ ってはその内 容について記 載すること	1. 身体的状況による 【ア、寝たきり イ、寝たり起きたり ウ、病弱 エ、健康 オ、その他( )】 2. 精神的状況による 【ア、痴呆 イ、心気症状 ウ、妄想 エ、興奮 オ、不安 カ、抑うつ状態 キ、その他( )】 3. 経済的状況による 【ア、生活保護世帯 イ、その他( )】 4. 家庭状況による 【ア、介護者なし(単身世帯、老夫婦世帯) イ、その他( )】 5. 家屋等生活環境による 【ア、家屋なし イ、家屋の老朽化 ウ、家屋狭あい エ、その他( )】 6. その他の理由による			
入所希望施設	第1希望	第2希望	第3希望	そ の 他
最近の入院又 は通院の状況	1病名	入院・通院	病院・医院・診療所(初診	年 月)
病名及び病院 名を明記のこ と	2病名	入院・通院	病院・医院・診療所(初診	年 月)
	現在の状況について ア、入院中(病院名 ) イ、通院中(病院名 ) ウ、自宅療養等 エ、全快			

(同居家族)

家族の状況	氏名	性別	続柄	年齢	職業	備考
身元引受人	住所		(電話 - )			
	氏名(続柄)		( )			
担当民生委員	氏名		(電話 - )			
添付書類	ア、診断書(必要に応じ簡易知能評価スケール、及び精神科医の診断書) イ、民生委員の意見書 ウ、収入申告書(収入金額・必要経費の確認できる書類を添付すること) エ、戸籍謄本 オ、世帯全員の住民票					
その他参考事項						

( 1 ) 過去の病歴について

( 例 昭和 5 5 年頃軽い脳血栓により、 病院へ入院 )

( 2 ) 出身世帯・親近者の状況について

( 特に入所希望者の子供について )

( 別居も含む )

氏 名	続 柄	年 齢	職 業	同居・別居の別	住 所	電 話 番 号

( 3 ) 住居の状況について

- 1 . 区分      ア、自宅    イ、借家    ウ、借間    エ、その他
- 2 . 構造      ア、一戸建    階建 ( 木造    非木造 )    イ、アパート    ウ、マンション
- 3 . 部屋数    ア、 (    畳間×    室 ) (    畳間×    室 ) (    畳間×    室 )
- 4 . 程度      ア、建築後      年

( 4 ) 施設入所の理由

---

---

---

---

---

---

様式3

## 診 断 書 (老人ホーム入所申請用)

1. 氏名 男・女 (明治・大正・昭和) 年 月 日生 ( 歳)

2. 住所

3. 障害を残した主病名

1) 年 月 ( ) )  
2) 年 月 ( ) )  
3) 年 月 ( ) )

4. 現在の障害状況

1 身体症状 (該当に 印)

麻痺 [ 右、上・下 肢、完全・不全  
左、上・下 肢、完全・不全

失明、失語、欠損 ( )、拘縮 ( )  
褥瘡、その他 ( )

2 精神症状 無・有 (カッコ内に軽・中・重 別を記入)

心気症状 ( ) 不安 ( ) 焦燥 ( ) 興奮 ( ) 抑うつ ( )  
幻覚 ( ) せん妄 ( ) 妄想 ( ) 不眠 ( )  
その他 ( )

見当識障害 (1) 日時、曜日がわからない。  
(2) 場所がわからない。  
(3) 自分や家族がわからない。

3 問題行動 無・有 (カッコ内に軽・中・重 別を記入)

徘徊 ( ) 不穏興奮 ( ) 攻撃的行動 ( ) 自傷行為 ( )  
ろう火 ( ) 不潔行為 ( ) 失禁 ( ) その他 ( )

5. 伝染性疾患

無 ・ 有 (病名 )

6. 今後の医療

1 要入院

2 要通院

3 医療不要

年 月 日

(住 所)  
(病院名)  
(医師氏名)

印

様式 4

簡易知能評価スケール (HDS - R)

(検査日： 年 月 日) (検査者： )

氏名：	生年月日：	年 月 日	年齢：	歳
性別：男・女	教育年数(年数で記入)：	年	検査場所：	
DIAG：	(備考)			

質 問 内 容			配 点	
1	お年はいくつですか？(2年までの誤差は正解)		0	1
2	今日は何年の何月何日ですか何曜日ですか？ (年月日曜日が正解でそれぞれ1点ずつ)	年	0	1
		月	0	1
		日	0	1
		曜日	0	1
3	私達が今いるところはどこですか？(自発的に出れば2点、5秒おいて、家ですか？病院ですか？施設ですか？の中から正しい選択をすれば1点)		0	1 2
4	これからいう3つの言葉を言ってみて下さい。 後でまた聞きますのでよく覚えておいて下さい。 (以下の系列のいずれか一つを選択し、採用した系列に○印をつけておく。) 1 : a) 桜 b) 猫 c) 電車 2 : a) 梅 b) 犬 c) 自動車		0	1
			0	1
			0	1
5	100から7を順番に引いて下さい。(100 - 7は？それから)		(93)	0 1
	また7を引くと？と質問する。最初の答えが不正解の場合打ち切る)		(86)	0 1
6	私がこれからいう数字を逆から言って下さい。		2 - 8 - 6	0 1
	(6 - 8 - 2、3 - 5 - 2 - 9)(3桁逆唱に失敗したら打ち切り)		9 - 2 - 5 - 3	0 1
7	先ほど覚えてもらった言葉をもう一度言ってみて下さい。 (自発的に回答があれば各2点、もし回答がない場合、以下のヒントを与え正解であれば1点)		a : 0 1 2	
	a)植物 b)動物 c)乗り物		b : 0 1 2	
			c : 0 1 2	
8	これから5つの品物を見せます。それを隠しますので何があったか いってください。 (時計、鍵、タバコ、ペン、硬貨など必ず相互に無関係なもの)		0	1
			2	3
			4	5
9	知っている野菜の名前をできるだけ多く言って 下さい。(答えた野菜の名前を右欄に記入する)		0	1
	(途中で詰まり、約10秒間待っても出ない場合にはそこで打ち切る)		2	3
	0 ~ 5までは0点、6 = 1点、7 = 2点		4	5
	8 = 3点、9 = 4点、10 = 5点			
			合計得点	

# 収入申告書

年 月 日

九重町長 殿

氏名 印

(生年月日 年 月 日生)

私の 年中の収入について、下記のとおり申告します。

種 類		金 額 (年 額)
収 入	恩 給・年 金 等 収 入	円
	( )年 金	
	財 産 収 入	
	利 子・配 当 収 入	
	そ の 他 収 入	
	計	円

