

入居申込書

申込者連絡先	フリガナ		続柄
	氏名		
	住所		
	電話番号		

処理状況欄	申込日	
	受付日	
	担当者名	

本人の状況	フリガナ		性別			
	氏名					
	現住所					
	生年月日	明治・大正・昭和	年	月	日	(

本人の状況	介護保険	保険者												
		被保険者番号												
	要介護認定	<input type="checkbox"/> 非該当 <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 要支援1 <input type="checkbox"/> 要支援2 <input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5												
		(認定期間)	年	月	日	~	年	月	日					
	負担割合	<input type="checkbox"/> 1割 <input type="checkbox"/> 2割 ()												
	保険情報	種別				記号・番号								
		年金等	種別	厚生年金・国民年金・その他() / 年収			万円							
	障害手帳等	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 手帳の種類 (障害名)												
		判定	級(度)	年					月	日				
		介護の状況	<input type="checkbox"/> 在宅介護(年	月	から)	<input type="checkbox"/> 施設介護(年	月	入所)						
	現在の生活場所	<input type="checkbox"/> 自宅で暮らしている <input type="checkbox"/> 養護老人ホーム <input type="checkbox"/> 軽費老人ホーム <input type="checkbox"/> 有料老人ホーム <input type="checkbox"/> 介護老人保健施設 <input type="checkbox"/> 介護療養型医療施設 <input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 介護老人福祉施設 <input type="checkbox"/> グループホーム <input type="checkbox"/> その他()												
		施設名または病院名												
		入所または入院期間												
		年							月	日	~	(年	箇月)
		身体の状態	食事	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 種類: <input type="checkbox"/> 常食 <input type="checkbox"/> 半粥 <input type="checkbox"/> 全粥 <input type="checkbox"/> ミキサー										
<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 おむつの使用: <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 昼夜 <input type="checkbox"/> 夜のみ														
入浴	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助													