

※ 太枠の中をきれなくご記入ください。

申込者(連絡先) 今後、郵便物はこちらにお送り致します。

申込日	平成	年	月	日
受付日	平成	年	月	日

〒	
住所:	
氏名: 本人との続柄:	
電話:	

保険者	川口市 ・ その他()
-----	--------------

特養入所について 本人の希望 家族の希望 両者の希望 (チェックして下さい)

居宅介護支援		事業所名		電話 ()		担当者氏名		
フリガナ		氏名		生年月日		明・大・昭 年 月 日 ()歳		
現住所		〒 -		電話 : ()				
要介護度		1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5		加入健康保険		国保 ・ 社保 ・ 共済 ・ 生保 ・ 後期 ・ その他()		
介護保険負担割合証		1割 ・ 2割 ・ その他()		介護保険負担限度額認定証		(食費の負担限度額) 円		
介護保険料納付状況		納付している ・ 未納		特例入所該当条件		①認知症 ②知的・精神障害など ③虐待 ④単身世帯など		
年金		有 () ・ 無		身体障害者手帳		有 (級 種) ・ 無		
現況		<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 老人保健施設 <input type="checkbox"/> 介護療養型医療施設 <input type="checkbox"/> グループホーム <input type="checkbox"/> 特別養護老人ホーム <input type="checkbox"/> ケアハウス <input type="checkbox"/> 有料老人ホーム <input type="checkbox"/> その他()		施設名		Tel ()		
		住所		いつ頃から利用		平成 年 月 日から		
家族構成		<同居している家族>		<別居している親族(子・兄弟など)>				
		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 配偶者(年齢 才) <input type="checkbox"/> 子 (続柄) <input type="checkbox"/> 子の配偶者 <input type="checkbox"/> 孫 <input type="checkbox"/> その他()		(続柄) (住所) 市・区 (続柄) (住所) 市・区 (続柄) (住所) 市・区 (続柄) (住所) 市・区 (続柄) (住所) 市・区 (続柄) (住所) 市・区				
施設記入欄		特例入所 : ①認知症 ②知的・精神障害など ③虐待 ④単身世帯など					No.	

添付書類 介護保険証(写) 介護保険負担割合証(写) ※介護保険負担限度額認定証(写)
直近3ヶ月分の「サービス利用表及び別表」(写) 認定調査票(写)

※この入所申し込み書の個人情報、入所順位判定の目的以外には使用致しません。

