

※ 太枠の中をも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	令和 年 月 日
受付日	令和 年 月 日

〒
住所：
氏名： 本人との続柄：
電話：
携帯：

保険者	川口市 ・ その他（ ）
特養入所について（チェックして下さい）	
<input type="checkbox"/> 本人の希望 <input type="checkbox"/> 家族の希望 <input type="checkbox"/> 両者の希望	

居宅介護支援 事業所名	電話（ ）		担当者氏名	
フリガナ		明 ・ 大 ・ 昭 年 月 日		
氏名	男 ・ 女	生年月日	（ ） 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 ・ 3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（ /月） ・ 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（ ） いつ頃から利用			
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	
居室希望	① 個室 ・ ② 多床室 ・ ③ どちらでもよい			

施設記入欄	No.
・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	

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。