

小平市指定介護老人福祉施設等入所申込書兼調査書

申込日 年 月 日

ふりがな		入所申込者ご本人との関係	<input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 子（同居・別居） <input type="checkbox"/> その他（ ）
申込書ご記入の方のお名前			
連絡先	（ ）	ご記入者以外の方の連絡先	お名前（続柄） 電話（ ）

ふりがな		性別	男・女	生年月日	明大昭	年 月 日	満 歳
入所申込者ご本人のお名前							
被保険者番号		保険者名		区・市・町・村			
住所	〒 -	この申込書についての問い合わせ先		<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 自宅以外のご家族・親族等 名前 続柄（ ） 電話（ ）			
要介護度	<input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2		認定有効期間	年 月 日 から 年 月 日 まで			
現在の居所	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 病院 <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"/> 養護老人ホーム <input type="checkbox"/> 軽費老人ホーム <input type="checkbox"/> ケアハウス <input type="checkbox"/> 有料老人ホーム <input type="checkbox"/> グループホーム <input type="checkbox"/> サービス付き高齢者向け住宅 施設の名称 _____ 入所・入院開始日 年 月 日～ <input type="checkbox"/> その他（ ）						
同居の方について	<input type="checkbox"/> ひとり暮らし <input type="checkbox"/> ご夫婦のみ（相手の方の年齢 歳） <input type="checkbox"/> ご夫婦以外の同居者がいる（ ）						
主に介護している方について（施設入所や入院中の方は、自宅に戻った場合の状況についてご記入ください。）	介護をする方は <input type="checkbox"/> いる（ ） <input type="checkbox"/> いない 主に介護をする方は <input type="checkbox"/> 健康 <input type="checkbox"/> 高齢（ 歳） ※当てはまるものすべてをチェックしてください。 <input type="checkbox"/> 病弱（病名 _____ 通院治療 有・無） <input type="checkbox"/> 病気で入院中（ 年 月～ ） <input type="checkbox"/> 障害がある（障害の程度 種 級） <input type="checkbox"/> 働いている（パート・正社員） <input type="checkbox"/> 働いていない <input type="checkbox"/> 育児中である（就学前） <input type="checkbox"/> 複数の方の介護をしている（ ） 上記以外で介護者の状況について ()						
介護を手伝う方について	介護を手伝う方は <input type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない 手伝う方がいる場合、その方は <input type="checkbox"/> 親族 <input type="checkbox"/> 近所の方 <input type="checkbox"/> それ以外（ ）						

