

## 入居申込調査書

提出日

年 月 日

ご記入された方

ふりがな		ご本人との関係等	<input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> 配偶者（ <input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居）
氏名			<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 続き柄・その他（ ）
住所	〒 ー		
連絡先	自宅		
	携帯		
	勤務先		

ご入居の対象となる方

ふりがな		性別	生 年 月 日
氏名		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	明 大 昭 年 月 日 満 歳
住所	〒 ー		

介護保険者証

要介護度	要介護 1・2・3・4・5	被保険者番号	
保険者名称	区・市・町・村	認定年月日	平成 年 月 日
認定の有効期間 年 月 日 ~ 年 月 日			
認定審査会の意見及びサービスの種類の指定			

介護保険負担限度額認定証をお持ちの方

介護保険負担限度額認定証に記載されている食費と居住費の限度額を記入してください。	ユニット型個室	円
	食 費	円

生活の概要

現在の居所について教えてください		
<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 介護老人保健施設 <input type="checkbox"/> 養護老人ホーム <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"/> 有料老人ホーム <input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> その他 施設・病院等の名称 [ _____ ] 入所・入院日 [ 平成 年 月 日 ~ ]		
住宅について教えてください		
現在のお住まいは 自宅以外にお住まいの方は戻る自宅が エレベーターのない集合住宅の2階以上に住んでいる <input type="checkbox"/> ご自身の部屋がない <input type="checkbox"/> 著しい老朽化がある <input type="checkbox"/> その他 (       )	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> 自分の部屋とは別の階に風呂やトイレがある <input type="checkbox"/> 立退きを求められている	<input type="checkbox"/> 自宅以外 <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> いない

