

サービス共通利用申込書

《申請年月日 令和 年 月 日》

<input type="checkbox"/> 介護保健施設サービス（入所） <input type="checkbox"/> 短期入所療養介護（ショートステイ） <input type="checkbox"/> 通所リハビリテーション							
利用者 （入所希望者） 基本情報	フリガナ		性別	生年月日（西暦）			
	氏名			年 月 日（満 歳）			
	連絡先住所	（〒 - ）電話番号 - - <input type="checkbox"/> 持ち家 <input type="checkbox"/> 賃貸（ <input type="checkbox"/> 独居・ <input type="checkbox"/> 同居 世帯人数： 人）					
	現在の居場所	<input type="checkbox"/> 在宅					
		<input type="checkbox"/> 介護施設（施設名： ） 年 月 日～					
		<input type="checkbox"/> 医療機関（病院名： ） 年 月 日～ 入院になった理由： 退院予定日： 年 月 日					
	介護保険	被保険者番号		認定年月日	年 月 日		
		認定の有効期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日				
		要介護状態区分	<input type="checkbox"/> 申請中 / <input type="checkbox"/> 支1 <input type="checkbox"/> 支2 / <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5				
		負担割合証	<input type="checkbox"/> 1割負担 <input type="checkbox"/> 2割負担 <input type="checkbox"/> 3割負担				
支援事業所名		担当ケアマネ：					
介護保険負担限度額認定証	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（ <input type="checkbox"/> 第1段階 <input type="checkbox"/> 第2段階 <input type="checkbox"/> 第3段階）						
健康保険	<input type="checkbox"/> 国民健康保険 <input type="checkbox"/> 後期高齢者 <input type="checkbox"/> 生活保護（市区町村： ）						
経済状況	<input type="checkbox"/> 年金（ 円 / 年間） <input type="checkbox"/> その他収入（ 円 / 年間）						
生活歴や嗜好品等	職業歴						
	趣味						
	性格						
	好きな食べ物						
	嫌いな食べ物						
	アレルギー						
	余暇の過ごし方						

保証人（連絡窓口）	フリガナ		続柄	生年月日（西暦）
	氏名			年 月 日（ 歳）
	連絡先住所	（〒 - ） 自宅 TEL: - - 携帯 TEL: - -		
	職種	<input type="checkbox"/> 公務員 <input type="checkbox"/> 公的資格者 <input type="checkbox"/> 会社員 <input type="checkbox"/> 自営業 <input type="checkbox"/> 契約社員 <input type="checkbox"/> パート・アルバイト <input type="checkbox"/> 派遣 <input type="checkbox"/> 専業主婦 <input type="checkbox"/> 年金受給者 <input type="checkbox"/> 無職 その他（ ）		
	業種	<input type="checkbox"/> 公務 <input type="checkbox"/> 農業・林業 <input type="checkbox"/> 小売業 <input type="checkbox"/> 建設業 <input type="checkbox"/> 製造業 <input type="checkbox"/> 電気・ガス <input type="checkbox"/> 不動産 <input type="checkbox"/> 運輸業 <input type="checkbox"/> 接客娯楽 <input type="checkbox"/> サービス業 <input type="checkbox"/> 医療・福祉 <input type="checkbox"/> 教育 <input type="checkbox"/> 金融・保険 <input type="checkbox"/> IT・情報通信 その他（ ）		
	お勤め先名称：	部署：	税込年収	万円

家族の状況（申込者以外の方）	①	氏名	生年月日（西暦）	続柄	連絡先・携帯
			年 月 日（ 歳）		- - - -
		住所：	職種：	業種：	
	②	氏名	生年月日（西暦）	続柄	連絡先・携帯
			年 月 日（ 歳）		- - - -
		住所：	職種：	業種：	
	③	氏名	生年月日（西暦）	続柄	連絡先・携帯
			年 月 日（ 歳）		- - - -
		住所：	職種：	業種：	

他施設への申込み状況	<input type="checkbox"/> 介護老人保健施設 <input type="checkbox"/> 特別養護老人ホーム <input type="checkbox"/> 有料老人ホーム <input type="checkbox"/> その他（ ）
	既に申請している施設名
	今後申込み可能性がある施設名

家族構成図
<input type="checkbox"/> 本人・男、 <input checked="" type="checkbox"/> 本人・女、 <input type="checkbox"/> 男、 <input type="checkbox"/> 女 <input checked="" type="checkbox"/> 死亡・男、 <input checked="" type="checkbox"/> 死亡・女
※本人と同居の場合は線で囲んでください。