

年金の種類	・該当する年金の種類、給付事由に○をつけてください。				
	国民年金	給付事由	老齡(退職) ・ 障害 ・ 遺族		
	厚生年金		老齡(退職) ・ 障害 ・ 遺族		
共済年金	老齡(退職) ・ 障害 ・ 遺族				
身体障害者手帳	有 ・ 無 第 号 級 障害名()				
療育手帳	有 ・ 無 第 号	精神障害者 保健福祉手帳	有 ・ 無 第 号	生活保 護受給	有 ・ 無
医療保険	<input type="checkbox"/> 国保(本人・家族)		<input type="checkbox"/> 政府管掌		公費負 担医療
	<input type="checkbox"/> 社保(本人・家族)		<input type="checkbox"/> 後期高齢者医療受給者証		

家族構成	主たる介護者の状況	
	氏名	続柄
	生年 月日	年 月 日(歳)
	要介護認定の有 無又は状態	有(要介護) ・ 無
	同居の別	同居 ・ 別居(下記に記入)
	住所	
	職業	
男性: <input type="checkbox"/> 女性: <input type="radio"/> 同居は: <input type="checkbox"/> で囲む 本人: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 死亡: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ※ 三親等まで記入してください 主たる介護者:朱書きで記号の中に「主」と記入		

介護の困難 事由	
-------------	--

身元引受人	ふりがな		性別	男・女	続柄	
	氏名		生年月日	M・T・S 年 月 日		
			同居の別	同居 ・ 別居		
	住所		電話			

同居家族	氏名	続柄	氏名	続柄

その他親族	氏名	続柄	住所	電話番号
				自宅: 携帯:
				自宅: 携帯:
				自宅: 携帯:

同意欄	入居判定委員会における検討資料作成のため、当該事業所職員等による調査の受け入れや、保険者・居宅介護支援事業所等介護保険事業者から判定に係る情報等を提供することに同意します	
	本人 家族(又は代理者)	印 印