

年金の種類	<input type="checkbox"/> 国民年金 <input type="checkbox"/> 厚生年金 <input type="checkbox"/> 共済年金	収入状況	年額(概算) 収入内容
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 重度心身医療費 受給者証
医療保険	<input type="checkbox"/> 国保(本人・家族)	<input type="checkbox"/> 政府管掌	
	<input type="checkbox"/> 社保(本人・家族)	<input type="checkbox"/> 後期高齢者医療受給者証	
医療の状況	<input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> カテーテル <input type="checkbox"/> ストーマ <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> インシュリン注射 <input type="checkbox"/> 透析 <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> その他 () [主治医] () [現在治療中の病名] ()		

家族構成 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="radio"/> 死亡: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 主たる介護者:朱書きで記号の中に「主」と記入	主たる介護者の状況	
	氏名	続柄
	生年月日	年 月 日 (歳)
	ご職業	<input type="checkbox"/> 給与生活者 <input type="checkbox"/> 自営業 <input type="checkbox"/> 農林・漁業 <input type="checkbox"/> 自由業() <input type="checkbox"/> 無職 <input type="checkbox"/> その他()
	介護者自身の要 介護認定の有無	有(要介護)・無
	同居の別	<input type="checkbox"/> 同居 ・ <input type="checkbox"/> 別居
	住所	

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	
	住所	同居の別	同居・別居	
		電話		

同居家族	氏名	続柄	氏名	続柄

そ親の他族	氏名	続柄	住所	電話番号
				自宅: 携帯:
				自宅: 携帯:

同意欄	以上は、特別養護老人ホーム『いずみの郷』の入居指針の説明を書面により受け、同意の上、申込みを行ったものです。 また、入居検討委員会における検討資料作成のため介護支援専門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サービス利用票等の写しを徴することに同意します。
	本人 _____ 家族(又は代理者) _____