

優先入所申込現況調査票（その1）				社会福祉法人杏樹会		記入 年 月		記入者：	
フリガナ				男 女	生年月日	明治 大正 年 月 日 () 歳 昭和			
氏 名									
住 所	〒			自宅電話					
				携帯電話					
世帯区分	(独居世帯 ・ 同居家族がいる)								
家族 ・ 協力者	氏名(※緊急連絡先)	続 柄	同 居	連 絡 先			備 考		
				住 所:					
				自 宅:					
				携 帯:					
				住 所:					
				自 宅:					
			携 帯:						
日常生活 自立度※	※寝たきり度				※判定日				
	※認知症度				※判定日				
※日常生活自立度は要介護認定の際の主治医意見書に記載されています。御家族の記入は不要です。									
介護保険 認定情報	保険者				認 定 済 ・ 申 請 中 (付で申請)				
	被保険者番号				要介護度	1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 (前回:)			
	認定日								
	有効期限	平成	年	月	日	～	平成	年	月
【介護保険サービス利用状況】					【掛かりつけ医】				
※【 現在服用しているお薬 】									
※いつ飲んでいるかも記入して下さい。お薬の説明書を添付して頂ければ、この欄の記入は不要です。									
【 家 系 図 】					【本人の収入について】				
□…男性 ○…女性					年金 ①:	課税対象年金 (国民 ・ 厚生 ・ 共済) 無			
						年額 (円 / 年)			
					年金 ②:	非課税年金 (遺族 ・ 障害) 無			
						年額 (円 / 年)			
					他の収入:	(円 / 年)			
					市県民税:	(課税 ・ 非課税)			
					生活保護:	(受給している ・ 受給していない)			
					【介護保険負担限度額認定証※ の有無】				
※世帯全員が非課税で、申請されている方は減額認定証が交付されます。									
無 ・ 有 (第一段階 ・ 第二段階 ・ 第三段階)									
※段階が不明の方は交付されている認定証の食事代を記入して下さい。									
食事代 : (650円 ・ 390円 ・ 300円)									