

同居の家族状況

	氏名	生年月日	本人との関係	職業
1				
2				
3				
4				
5				

別居の家族・親類状況

	氏名	生年月日	本人との関係	電話番号
1				
住所：				

	氏名	生年月日	本人との関係	電話番号
2				
住所：				

	氏名	生年月日	本人との関係	電話番号
3				
住所：				

	氏名	生年月日	本人との関係	電話番号
4				
住所：				

入所希望者の現在の所在地

現在の所在地	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 施設・病院 <input type="checkbox"/> その他() ※ 施設・病院の場合 名称： 所在地：
--------	---

介護保険負担 限度額認定証	<input type="checkbox"/> 有 (食費の負担限度額： <input type="checkbox"/> 300円 <input type="checkbox"/> 390円 <input type="checkbox"/> 650円) <input type="checkbox"/> 無
------------------	---

医療保険	<input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 社保(<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族) <input type="checkbox"/> 後期高齢者 <input type="checkbox"/> 生活保護
------	--

障害者手帳	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 障害名 () 手帳種類 () _____ 種 _____ 級 取得年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日交付
-------	--

当法人施設への 申込み希望	<input type="checkbox"/> みちみち越谷へ申込みを希望します。 <input type="checkbox"/> みちみち伊奈中央へ申込みを希望します。 <input type="checkbox"/> みちみち伊奈北へ申込みを希望します。 <input type="checkbox"/> みちみち大宮へ申込みを希望します。
------------------	---