



# 自己申告書

利用者名	
------	--

※家族構成(利用者[本人]を中心に配偶者、息子、娘、孫など詳しく)

氏名	性別	続柄	生年月日	職業	備考
			M・T・S・H 年 月 日		
			M・T・S・H 年 月 日		
			M・T・S・H 年 月 日		
			M・T・S・H 年 月 日		
			M・T・S・H 年 月 日		
			M・T・S・H 年 月 日		
			M・T・S・H 年 月 日		

※制度利用状況

年	<input type="checkbox"/>	老齢関係 ( )	<input type="checkbox"/>	恩給
	<input type="checkbox"/>	障害関係 ( )	<input type="checkbox"/>	特別障害者手当
金	<input type="checkbox"/>	遺族・寡婦 ( )	<input type="checkbox"/>	生活保護
	<input type="checkbox"/>	後期高齢者医療保険	<input type="checkbox"/>	政管健保
健康	<input type="checkbox"/>	国保	<input type="checkbox"/>	日雇い
保	<input type="checkbox"/>	組合健保	<input type="checkbox"/>	地方共済
険	<input type="checkbox"/>	国公共済	<input type="checkbox"/>	船員
	<input type="checkbox"/>	私立学校共済	<input type="checkbox"/>	労災保険 ( )

※住居等状況

ア	<input type="checkbox"/>	1戸建て	<input type="checkbox"/>	集合住宅・賃貸・所有・給与住宅・その他( )
イ	<input type="checkbox"/>	平屋建て	<input type="checkbox"/>	( ) 階建て <input type="checkbox"/> 集合住宅の( )階
<b>【居室内】</b>				
ア	<input type="checkbox"/>	専用居室あり	<input type="checkbox"/>	専用居室なし
イ	<input type="checkbox"/>	1階	<input type="checkbox"/>	2階 <input type="checkbox"/> その他 ( )階 ⇒ エレベーター <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
ウ	<input type="checkbox"/>	布団	<input type="checkbox"/>	ベッド ⇒ <input type="checkbox"/> 固定式 <input type="checkbox"/> ギャッジ <input type="checkbox"/> 電動 <input type="checkbox"/> その他 ( )
<b>【トイレ】</b>				
ア	<input type="checkbox"/>	和式	<input type="checkbox"/>	洋式 <input type="checkbox"/> その他 ( ) 手摺り <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
<b>【浴室】</b>				
ア	<input type="checkbox"/>	自宅あり	<input type="checkbox"/>	自宅なし 手摺り <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無

※個人情報の利用の同意について

ご記入いただきました個人情報に関し、施設サービスをご提供させて頂く場合に利用いたします。  
又、他の事業所等との連携及び情報提供、照会への回答を求める際に利用させていただきます。

- 個人情報の使用に関し同意します。
- 個人情報の使用に関し同意しません。

(同意者氏名) \_\_\_\_\_ (印)

(本人との続柄) ( )