

(別紙)

令和 年 月 日

筑西市保健福祉部介護保険課介護保険グループ 御中  
(FAX 25-2913 送信票不要)

施設名 \_\_\_\_\_  
担当者氏名 \_\_\_\_\_

介護保険施設入所(院)・待機者状況調べ  
( 月分)

(1) 入所者数

月末入所者総数		人
内訳	筑西市の被保険者	人
	他市町村の被保険者	人

(2) 待機者数

月末待機者総数		人
内訳	筑西市の被保険者	人
	他市町村の被保険者	人

(3) 待機期間

待機期間	筑西市の被保険者	他市町村の被保険者
申込から1ヶ月以内	人	人
1ヶ月以上～2ヶ月以内	人	人
2ヶ月以上～3ヶ月以内	人	人
3ヶ月以上～4ヶ月以内	人	人
4ヶ月以上～5ヶ月以内	人	人
5ヶ月以上～6ヶ月以内	人	人
6ヶ月以上	人	人

※ 基準日は毎月末とし、翌月の5日までに報告をお願いします。