

# 利用申し込書

○ 通所のみを申し込まれる方は\*印欄は未記入で構いません。 西暦 年 月 日

利用者 介護保険	ふりがな		性別	明・大・昭 年 月 日	
	名前		男・女	生年月日 年 月 日 歳	
	住所	〒	電話番号		
	介護度	要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5	介護保険標準負担限度額* / 無・有 (段階)		
	負担割合	1割・2割・3割	障害者手帳	無・有	
	年金種類*	老齢年金・障害年金・遺族年金	(年金)額*	月額・約 円	
	生活保護	無・有 (担当福祉事務所 担当者 )			
申請者	ふりがな 名前	続柄:	生年月日	大・昭・平 年 月 日 歳	
	住所		電話番号	自宅 携帯	
	勤務先			勤務先	
連絡先	1	ふりがな 名前	続柄:	生年月日	大・昭・平 年 月 日 歳
		住所	〒	電話番号	自宅 携帯 勤務先
		勤務先		メールアドレス	
	2	ふりがな 名前	続柄:	生年月日	大・昭・平 年 月 日 歳
		住所	〒	電話番号	自宅 携帯 勤務先
		勤務先		メールアドレス	
	利用希望	入所	希望期間: 頃～ 頃まで・長期・その他 ( ) 退所後の方向性: 自宅・他施設・病院・その他 ( ) 部屋希望: 4人部屋・2人部屋 (3300円)・個室 (5500円)		
入所 短期		希望期間: 西暦 年 月 日～西暦 年 月 日 部屋希望: 4人部屋・個室 送迎: 無・有 (送り・迎え)			
通所		希望曜日: 月・火・水・木・金・土・曜日不問 (週 回) 送迎希望: 無・有 入浴希望: 無・有			
申請理由	1. 介護困難 2. リハビリ希望 3. その他 理由				
現在状況	1. 自宅 2. 施設入所中 ( ) 3. 病院入院中 (医療機関名: ) 4. その他 ( )				

既往 (入院) 歴	(例) 胃潰瘍・・・〇〇クリニック 脳梗塞・・・〇〇病院入院(西暦〇〇〇〇年〇月〇日～西暦〇〇〇〇年〇月〇日)	
通院 (治療中) の病氣・病院	(例) 糖尿病・・・〇〇診療所 月1回受診にて採血・薬の処方	
	かかりつけ医： 担当	電話：
	居宅介護支援事業所： 担当ケアマネ：	電話：
居宅 サ ー ビ ス	<p>◇過去一年間に利用したサービスに○をつけて下さい。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>* 訪問介護      * 訪問看護      * 訪問入浴介護</li> <li>* 居宅療養管理指導</li> <li>* 通所介護      * 通所リハビリテーション</li> <li>* ショートステイ      * 訪問リハビリテーション</li> <li>* グループホーム      * 小規模多機能型居宅介護</li> <li>* 福祉用具貸与 (品目： )</li> <li>* 福祉用具購入 (品目： )</li> <li>* 住宅改修 (内容： )</li> <li>* その他 ( )</li> </ul>	<p><b>自 宅 間 取 り 図</b></p> <p>* 玄関・居宅・台所・トイレ・浴室など 生活動線が分かるように、可能な範囲で 記入してください。</p>
そ の 他	<p>出身地： 職業歴： 宗 教：無・有 ( ) 趣 味： 性 格： 嗜 好 品： アレルギー：</p> <p>特別養護老人ホームの申請： 無・有 (申請施設名： ) 他介護老人保健施設申請： 無・有 (申請施設名： )</p>	
備 考		