

利用申請書

記入日 年 月 日

フリガナ			生年月日		
利用者氏名	男・女		大・昭・平・令 年 月 日 歳		
利用者住所	〒		TEL	- -	
フリガナ			続柄	生年月日	
申請者氏名			大・昭・平・令 年 月 日 歳		
申請者住所	〒		TEL	- -	
介護保険情報	被保険者番号		保険者番号		
	要支援1 ・ 要支援2 ・ 要介護1 ・ 要介護2 ・ 要介護3 ・ 要介護4 ・ 要介護5 ・ 申請中				
	有効期間 年 月 日 ~ 年 月 日				
医療保険種類	後期高齢者医療被保険者証	被保険者番号		保険者番号	
	医療保険退職者医療	国保 (本 ・ 家) 社保 (本 ・ 家) その他 (記号 番号 保険者番号			
	老人医療	被保険者番号		保険者番号	
介護保険負担限度額認定証	無 ・ 有 (第1段階 ・ 第2段階 ・ 第3段階)				
利用の希望	通所 (デイケア) 週 日位 (希望曜日 :)				
	送迎希望 / 有 ・ 無				
	短期入所 (ショート) 年 月 日 ~ 平成 年 月 日				
	長期入所 (3か月以内) 年 月 日 ~ 平成 年 月 日				
利用の目的 (複数回答可)	退所後の生活リハビリ 介護者の休養 自宅の改造改築 機能訓練 在宅介護が困難のため その他 (
利用後の予定 (複数回答可)	在宅 (在宅 ・ その他 (介護老人保健施設 ・ 特別養護老人ホーム 医療機関 ・ 有料施設 ・ その他 ())				
家族構成 (別世帯でも実際に介護に携わっている方や、面会に来られる予定がある方はご記入下さい。)					
氏名	続柄	年齢	住所	電話	職業
居室希望	個室 (1人室) ・ 4人部屋 ・ どちらでもかまわない				

緊急時連絡先	氏名	続柄	勤務先
	TEL	携帯TEL	勤務先TEL
	氏名	続柄	勤務先
	TEL	携帯TEL	勤務先TEL
当施設を知った経緯	<ul style="list-style-type: none"> ・ (市区町村窓口) ・ 包括支援センター (ケア24やあんしんすこやかセンター等) からの紹介 ・ ケアマネージャーからの紹介 ・ 知人の紹介 (様) ・ その他 () 		
これまでの介護サービス利用状況	<ul style="list-style-type: none"> ・ 在宅サービス (訪問介護・訪問看護・通所介護・短期入所・訪問入浴・訪問リハ) ・ 施設入所サービス (老人保健施設・有料老人ホーム・グループホーム・療養型医療施設) ・ 福祉用具のレンタル (種類:) ・ 福祉用具の購入 (種類:) ・ 住宅改修 (箇所:) ・ 特別養護老人ホームへの申込み (未・済) ・ その他 () 		
これまでの入所サービス利用状況	年 月 日 ~ 平成 年 月 日 (施設名:)		
入所サービス利用状況	年 月 日 ~ 平成 年 月 日 (施設名:)		
<p>現在『在宅で介護すること』についての支障や心配事 (利用者に関わるだけでなく、家族・介護者の事情なども含め) を、出来るだけ具体的にご記入下さい。</p>			
<p>当施設を利用するにあたって、利用者及びご家族の希望を記入して下さい。</p>			