

# 利用申請書

記入日 年 月 日

フリガナ		男・女	生年月日		
利用者氏名			明・大・昭 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			明・大・昭 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） 記号	社保（本・家） 番号	その他（ 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	
		訪問リハビリ 週 日位（希望曜日：）			
		短期入所（ショート） 平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日			
		長期入所（3か月以内） 平成 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 在宅介護が困難のため その他（		自宅の改造改築 機能訓練	
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"> <li>・ ( ) 市区町村窓口</li> <li>・ 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</li> <li>・ ケアマネージャーからの紹介</li> <li>・ 知人の紹介 ( ) 様 )</li> <li>・ その他 ( )</li> </ul>		
これまでの介護サービス利用状況	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 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)</li> <li>・ 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)</li> <li>・ 福祉用具のレンタル(種類: )</li> <li>・ 福祉用具の購入 (種類: )</li> <li>・ 住宅改修 (箇所: )</li> <li>・ 特別養護老人ホームへの申込み (未・済)</li> <li>・ その他 ( )</li> </ul>		
これまでの入所サービス利用状況	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日 (施設名: ) 平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日 (施設名: ) 平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日 (施設名: )		
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。			
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。			