

利用申込書(入所 ・ 短期入所 ・ 通所リハビリ)

年 月 日

利用者(本人)	ふりがな		男・女	生年月日	□ 大 正 □ 昭 和	
	氏名				年 月 日 () 歳	
	住所	〒 ー			電話番号 () ー	
現在の状況		□ 自宅 : かかりつけ医 () □ 入院中 : 病院名 () 期間 (年 月 日 ~) □ 施設入所中 : 施設名 () 期間 (年 月 日 ~)				
介護保険情報		□ 要支援 (1 ・ 2) □ 申請中			認定日	
		□ 要介護 (1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5)			年 月 日	
		□ 自己負担割合 (割 ・ 不明)			有効期間	
		□ 負担限度額 (第 段階) □ 非該当			年 月 日 ~ 年 月 日	
保険種別		□ 健康保健 (国保 ・ 社保 ・ 後期高齢者)				
		□ 障害手帳の有無 □ なし ・ □ あり (身体 ・ 精神 ・ 知的)				
年金などの種類		□ 国民年金 □ 厚生年金 □ 障害年金 □ 生活保護 □ その他 ()				
居宅介護支援事業所		事業所名 : 電話番号 : () ー 担当ケアマネジャー名 : ー				
連絡先①	ふりがな		年齢	続柄	自宅 : ー	
	氏名				携帯 : ー	
	住所	〒 ー				
連絡先②	ふりがな		年齢	続柄	自宅 : ー	
	氏名				携帯 : ー	
	住所	〒 ー				
家族構成	氏 名		年齢	続柄	職 業	
住宅環境			見取り図			
□ 形 態						
一戸建て マンション 公営住宅						
アパート 高齢者専用住宅						
□ 居 室						
(階建て 階) エレベーター (有 ・ 無)						
□ ト イ レ						
和式 洋式 ポータブルトイレ 無						
□ 浴 室						
有 ・ 無						
銭湯 訪問入浴 通所サービス その他						
□ 改 修						
有 ・ 無						
退所後の予定		□ 自宅を希望				
* 入所希望のご利用者様のみご記入下さい		□ 施設を希望 (申請 : 済み ・ 未) 申請先施設名 : ー				
		□ 自宅と施設入退所の繰り返し				
		□ その他				