

利 用 申 込 書

No.1

令和 年 月 日

ご本人 口	ふりがな お名前		男 女	生年 月日	明・大・昭 年 月 日 才
	ご住所	〒 —		電話 番号	() —
申請者 口	ふりがな お名前		電話 番号	①	
	ご住所	〒 —		②	
緊急 連絡 先① 口	ふりがな お名前		電話 番号	①	
	ご住所	〒 —		②	
緊急 連絡 先② 口	ふりがな お名前		電話 番号	①	
	ご住所	〒 —		②	
				ご本人と の関係	

※ 費用のお支払いをする方、請求書の送付先には上記の口の中にレ印をお書き下さい。

※ 契約時には原則、連帯保証人が必要となります。

利 用 種 別 等	一般入所	年 月 日より	ヶ月利用したい。		
	短期入所	年 月 日より	日間利用したい。		
	希望居室	4人部屋・2人部屋・個室	短期入所の送迎	有 ・ 無	
	デイケア	希望日（月・火・水・木・金）	送迎（有・無）	入浴（有・無）	

申 込 理 由	<input type="checkbox"/> 在宅復帰のリハビリ目的 <input type="checkbox"/> 主たる介護者が高齢で介護できない <input type="checkbox"/> 同居家族がいるが介護できない理由があるため <input type="checkbox"/> 身体機能の向上・維持 <input type="checkbox"/> 一人暮らしのため介護する人がいない <input type="checkbox"/> 主たる介護者の介護負担軽減 <input type="checkbox"/> 引きこもりの予防 <input type="checkbox"/> 本人の希望 <input type="checkbox"/> その他（下の空欄にお書き下さい。）				

家 族 構 成	お 名 前	年 齢	続 柄	同居	勤務先等 連絡先
				同・別	
				同・別	
				同・別	
				同・別	

経済 状 況	年金	<input type="checkbox"/> 老齢 厚生・基礎・福祉		<input type="checkbox"/> 障害 厚生・基礎 級	
	手当	<input type="checkbox"/> 心身障害者福祉手帳 <input type="checkbox"/> 重度心身障害者手帳 <input type="checkbox"/> その他 ()			
	公扶	<input type="checkbox"/> 生活保護	扶 養	<input type="checkbox"/> 扶養されていない	<input type="checkbox"/> 扶養されている
	ご利用者本人のすべての年収			円	

介 護 保 険	保険者番号				被保険者番号				
	交付年月日	年	月	日	認定年月日	年	月	日	
	有効期限	年	月	日から	年	月	日	負担割合	1割・2割
	要介護度	要支援1・要支援2・手続き中・区分変更中 要介護1・要介護2・要介護3・要介護4・要介護5						減額 認定	有 ・ 無

※ 介護保険証及びその他の保険証書、障害者、被爆手帳等につきましては初回面談時にご持参下さい。コピーをお預かりいたします。面談時期は相談員よりご連絡いたします。

現 在 の 居 所	1、自宅 2、病院 3、施設 4、その他 () (自宅の方は居宅介護支援事業所の事業所名) 名称 電話 - - 担当者(相談員・ケアマネージャー) 住所 〒
-----------------------	---

かかりつけの医療機関名			
主治医名	科	連絡先	- -
過去から現在までの病歴(わかる範囲で結構です)			
疾病時期	病 名		現在治療の有無
年 月ごろ			有 ・ 無
年 月ごろ			有 ・ 無
年 月ごろ			有 ・ 無
年 月ごろ			有 ・ 無
年 月ごろ			有 ・ 無
年 月ごろ			有 ・ 無
その他、付け加える事柄やご希望等がありましたらお書き下さい			