

【記入例】 利用申込書

No.1

平成23年11月〇日

ご本人 □	ふりがな お名前	えびす たろう 恵比寿 太郎	①男 ②女	生年 月日	明・①・昭 〇年〇月〇日90才
	ご住所	〒150-0013 渋谷区恵比寿3-36-0		電話 番号	(03) 3444-2322
申請者 □	ふりがな お名前	えびす はなこ 恵比寿 花子	電話 番号	①自宅 03-3444-2322 ②携帯 090-8000-XXXX	
	ご住所	〒 ー 同上		ご本人と の関係	妻
緊急 連絡 先① ☑	ふりがな お名前	えびす いちろう 恵比寿 一郎	電話 番号	①自宅 03-3444-XXXX ②携帯 080-9000-XXXX	
	ご住所	〒150-0012 渋谷区 広尾0-0-0 202号	マンション広尾	ご本人と の関係	長男
緊急 連絡 先② □	ふりがな お名前	えびす じろう 恵比寿 次郎	電話 番号	①自宅 03-3445-XXXX ②携帯 090-7000-XXXX	
	ご住所	〒150-0011 渋谷区 東0-0-0		ご本人と の関係	次男

※ 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シ印をお書き下さい。

※ 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	23年 12月 日より 3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	④4人部屋・2人部屋・①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 checked="" 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	
		恵比寿 花子	85	妻	①同・別	なし	
		恵比寿 一郎	60	長男	同・①別	〇〇企業 3400-XXXX	
〃 寿美子		58	長男嫁	同・①別	なし、携帯 090-6000-XXXX		
	恵比寿 次郎	57	次男	同・①別	〇〇会社 3500-XXXX		
				同・別			

経済状況	年金	<input checked="" 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 checked="" 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		約 200万円	

介護保険	保険者番号	131136	被保険者番号	000054XXXX
	交付年月日	23年9月16日	認定年月日	23年9月20日
	有効期限	23年9月1日から24年8月31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

※ 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	1、(自宅) 2、病院 3、施設 4、その他 ()
の名称	(自宅の方は居宅介護支援事業所の事業所名) グリーンポート 恵比寿 居宅介護支援事業所
居電話	03-3444-2326 担当者 (相談員・ケアマネージャー) ○○さん
住所	〒150-0013 渋谷区 恵比寿 3-36-5

かかりつけの医療機関名	○○ 中央病院		
主治医名	総合内科	○○ 先生	連絡先 03-3600-XXXX
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
昭 60年 3月ごろ	高血圧		(有) ・ 無
平 4年 6月ごろ	脳梗塞 : ワーファリン		(有) ・ 無
平 12年 8月ごろ	左大腿骨頸部骨折: ○○病院にて		有 ・ (無)
年 月ごろ	手術		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

最近、自宅内で転ぶことが多く困っています。

私(妻)も高齢で身体が弱く介護ができません。

日常の介護とリハビリを希望します。