

理事長	センター長	管理者	受付担当

ご利用申込書

年 月 日

申込者氏名
住所〒

ご利用者との関係

携帯電話() —
電話番号() —

下記の通り、利用を申し込みます。

フリガナ		性別	生 年 月 日
ご本人様 氏 名			明・大・昭 年 月 日(歳)
住 所	〒 — 電話番号()		
介護保険 被保険者番号	保険者名	被保険者No	
	介護予防 要支援 2	要介護度 1・2・3・4・5	
	有効期限	年 月 日 ~ 年 月 日	
被爆者健康手帳	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	被爆者手帳番号	
入 所 希 望 者 の 状 況	状 況	<input type="checkbox"/> 自宅にて一人で暮らしている <input type="checkbox"/> 自宅にて家族と暮らしている	
		<input type="checkbox"/> 特養などの施設や病院に入っている(入所、入院中の方は下記にご記入ください)	
		※施設名又は病院名:	
		※所在地(市区名のみ):	
	※入所又は入院時期: 年 月頃から		
	入所希望の理由(複数回答可)	<input type="checkbox"/> 介護者がいないため	
		<input type="checkbox"/> 介護者が「高齢」「障害」「疾病」等により十分な介護ができない	
		<input type="checkbox"/> 介護者の就労により、十分な介護ができない	
		<input type="checkbox"/> 介護者の身体的、精神的負担が大きく、十分な介護ができない	
		<input type="checkbox"/> 居住環境の事情により、十分な介護ができない	
<input type="checkbox"/> 施設や病院等から退所、退院を迫られているが、自宅での介護ができない			
<input type="checkbox"/> 認知症の症状により、常時見守りが必要			
<input type="checkbox"/> その他 []			
在宅サービス等の利用状況	<input type="checkbox"/> 訪問介護(週 回) <input type="checkbox"/> 訪問看護(週 回) <input type="checkbox"/> 短期入所(最近の利用 年 月)		
	<input type="checkbox"/> 通所介護(週 回) <input type="checkbox"/> 通所リハビリ(週 回)		
他施設申請状況	<input type="checkbox"/> 当該施設のみ申請 <input type="checkbox"/> 他の施設にも申請している(施設名:)		
医療の状況	<input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 胃瘻 <input type="checkbox"/> インシュリン注射 <input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> その他()		
その他弊害となる状況			
主介護者 (緊急連絡先)	ご住所 〒		
	氏名	電話番号	
	本人との続柄	携帯番号	

備考	担当ケアマネージャー	<input type="checkbox"/> いる ※事業所名()担当者() <input type="checkbox"/> いない
----	------------	--