

利用申込書

申込日 平成 年 月 日

受付日 平成 年 月 日

ご利用者	ふりがな											男・女	生年月日	明・大・昭	年 月 日 (歳)		
	氏名																
	住所	〒										電話	()				
	介護保険被保険者番号												期間	年 月 日から			
	要介護認定		要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5											年 月 日まで			
利用希望	入所	1ヶ月・3ヶ月・6ヶ月・その他()										個室・2人部屋・4人部屋					
	ショートステイ	月 日 ~ 月 日					送迎：有・無			入所 時 退所 時							
	デイケア	希望曜日()					送迎：有・無			入浴：有・無							
保険関係	種類	国民保険・社会保険					本人・家族										
		生活保護・老人医療受給者証・介護保険証															
	身体障害者手帳 無・有 障害名() 級																
年金	受給	国民・厚生・共済・恩給・扶助・その他()															
	年金額	月 万円 程度															
現在の状況	1.病院 2.施設 3.在宅					入院(所)日			年 月 日から								
	病院名 施設名							電話									
主治医	院名					住所											
	担当医師					TEL ()											
連絡先 1	ふりがな											自宅 TEL					
	氏名	続柄()											携帯 TEL				
	住所	〒										勤務先		Tel ()			
連絡先 2	ふりがな											自宅 TEL					
	氏名	続柄()											携帯 TEL				
	住所	〒										勤務先		Tel ()			
連絡先 3	ふりがな											自宅 TEL					
	氏名	続柄()											携帯 TEL				
	住所	〒										勤務先		Tel ()			

現在ご利用している居宅サービス	項目	頻度	事業所名
		月に 回程度	
		月に 回程度	
		月に 回程度	
		月に 回程度	
		月に 回程度	
		月に 回程度	
		月に 回程度	
既往歴	過去にかかった病気		年 月ごろ
			年 月ごろ
			年 月ごろ
	現在治療中の病気		年 月から
			年 月から
			年 月から
ご利用の際に 希望すること			
退所後の方針 (入所・ショートステイ ご利用の場合)			
特別養護老人ホームへの申込み (していない ・ している) 施設名..... 施設名..... 施設名.....			

担当 _____