

# 利用申込書

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		
	要介護認定	要支援 ・ 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5			期間	年 月 日から 年 月 日まで	
利用希望	入 所	1ヶ月 ・ 3ヶ月 ・ 6ヶ月		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			
	デイケア	希望曜日 ( )		送迎：有 ・ 無		入浴：有 ・ 無	
保険・扶助関係	種 類	国民保険 ・ 社会保険			本人 ・ 家族		
		国保高齢受給者証 ・ 後期高齢者医療被保険者証					
	生活保護	無 ・ 有		福祉事務所の担当者 ( )			
	身体障害者手帳	無 ・ 有		障害名 ( )		級	
	被爆者手帳	無 ・ 有		介護保険負担限度額認定証		無 ・ 有	
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 ( )					
	住 所	〒		勤務先 Tel ( )			
連絡先 2	ふりがな			自宅 TEL			
	氏 名	続柄 ( )					
	住 所	〒		勤務先 Tel ( )			
連絡先 3	ふりがな			自宅 TEL			
	氏 名	続柄 ( )					
	住 所	〒		勤務先 Tel ( )			

入所に際し、ご本人をよく理解しいい形で関わりたいと思っております。  
その点を踏まえて必要事項をご記入願います。

生活歴	出身地	
	学歴	
	職歴	
趣味・特技		
好き嫌いの食物		
入所に際し注意してほしい事 希望する事		
必要 入所中の 他科受診の	無 ・ 有 → 有の場合は、医療機関/診療科/内容/通院頻度をご記入下さい	
退所後の方針		
	特別養護老人ホームへの申込（していない・している 施設名.....）	

担当：