

# 施設サービス利用申込書

申込み日		年	月	日	受付日	年	月	日
フリガナ	男	大・昭						
利用希望者氏名	女	生年月日	年	月	日	歳		
利用希望者住所	〒 -				同居の有無:	<input type="checkbox"/> 同居者有 <input type="checkbox"/> 独居		
		電話 - -						
入所希望施設	<input type="checkbox"/> 特別養護老人ホーム <input type="checkbox"/> まめじま <input type="checkbox"/> さかえ <input type="checkbox"/> とみたけ <input type="checkbox"/> なかの <input type="checkbox"/> こうしょく <input type="checkbox"/> 介護老人保健施設 <input type="checkbox"/> とぐら <input type="checkbox"/> グループホーム <input type="checkbox"/> やなぎはら <input type="checkbox"/> よした <input type="checkbox"/> ひがしまち							
他の施設への申し込み状況	<input type="checkbox"/> ある :							
要介護認定	<input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 要支援1 <input type="checkbox"/> 要支援2 <input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5 認定期間 年 月 日 ~ 年 月 日							
担当の居宅介護支援事業所	事業所の名称				連絡先		担当者	
					TEL:			
居宅サービスの利用状況	<input type="checkbox"/> 訪問介護 <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 訪問入浴 <input type="checkbox"/> 訪問リハ <input type="checkbox"/> 通所介護 <input type="checkbox"/> 老健施設 <input type="checkbox"/> 通所リハ <input type="checkbox"/> 短期入所生活介護 <input type="checkbox"/> 短期入所療養介護 <input type="checkbox"/> 福祉用具貸与 前月の介護保険利用実績 _____ 単位 (直近3ヶ月の平均 _____ 単位)							
入所を希望する理由(該当する事項に☑をお願いします。)	<input type="checkbox"/> 介護者がいないため							
	<input type="checkbox"/> 介護者が高齢・障害・疾病等のため							
	<input type="checkbox"/> 介護者が就労・育児等のため							
	<input type="checkbox"/> 介護者が不在となる時間があり、不安を抱えているため							
	<input type="checkbox"/> 居宅サービスの限度額を超えており、経済的負担が大きいため							
	<input type="checkbox"/> 介護者の身体的・精神的負担が大きいため							
	<input type="checkbox"/> 現在入院(入所)している病院、老健等から退院(退所)を求められているが、在宅生活が困難であるため < 年 月 日頃退院(退所)予定 >							
<input type="checkbox"/> いずれ施設への入所を必要とするため								
<input type="checkbox"/> その他 ( )								
居室の希望	<input type="checkbox"/> 4人部屋 <input type="checkbox"/> 個室 居住費 + 室料(居室形態に応じて費用が変わります。※特養・老健) <input type="checkbox"/> 2人部屋 <input type="checkbox"/> 特別個室 *グループホームは個室のみとなり家賃(居住費)月額となります。							
身元引受人の情報	フリガナ	性別	居住	生年月日				
	氏名	男	同居	大・昭・平 年 月 日生 歳				
	住所	女	別居	大・昭・平 年 月 日生 歳				
主たる介護者の状況	フリガナ	性別	居住	生年月日				
	氏名	男	同居	大・昭・平 年 月 日生 歳				
	住所	女	別居	大・昭・平 年 月 日生 歳				
	介護の状況	TEL: - - 携帯: - -						申込者との関係
要介護認定の有無	要介護認定の有無							有・無
	要介護状態区分							
個人情報に関する同意及び説明確認欄	私は、入居申込に際し、入居申込から入居契約までの入居決定方法について、施設の担当者から説明を受けました。 又、必要関係機関に介護に関する個人情報を提供・共有することを同意します。 年 月 日 利用者氏名 : _____ 身元引受人氏名 : _____							