

利用申込書

申込日 平成 年 月 日

利用希望者（申込者）

フリガナ		性別	男・女	住所	〒					
氏名										
生年月日	明治・大正・昭和			介護度	要介護	1	2	3	4	5
	年	月	日（歳）	有効認定期間						
医療保険	<input type="checkbox"/> 被爆者手帳・身障者手帳(級) <input type="checkbox"/> 国保(本人・家族) <input type="checkbox"/> 社保 <input type="checkbox"/> 後期高齢者医療保険 <input type="checkbox"/> 老齢福祉年金受給(有・無) 国民年金 遺族年金 <input type="checkbox"/> 生活保護									
本人の居所	<input type="checkbox"/> 現住所	<input type="checkbox"/> 医療機関	<input type="checkbox"/> 老人保健施設	<input type="checkbox"/> その他()						
担当	氏名									
ケアマネージャー	事業所名									
紹介者										

申込代理者

氏名		利用希望者との続柄		
住所	〒	電話() -		

利用に関するご連絡先（申込代理者と同じ場合は同上と記入してください。）

氏名		利用希望者との続柄		
住所	〒	電話() -		

利用を希望する理由

- 介護するものがいないため
- 介護するものが 高齢・障害・疾病等により十分な介護が出来ないため
- 介護者が就労していることから、十分な介護が困難なため
- 施設や病院等から退所を求められているが、自宅での介護が困難なため
- その他()

利用希望時期	<input type="checkbox"/> 今すぐ利用したい	<input type="checkbox"/> 平成 年 月頃までに利用したい
--------	-----------------------------------	--

心身状態 ※ わかる範囲でご記入をお願いします。

歩行	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 杖歩行	<input type="checkbox"/> 車椅子	<input type="checkbox"/> その他()
排泄	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 尿器	<input type="checkbox"/> オムツ	<input type="checkbox"/> その他()
現在治療中の病名				
特記事項				