

# 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 年 月 日（ 歳）	介護度		要介護 1 2 3 4 5				
		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（ ） <input type="checkbox"/> 入院先名称（ ）							
担当	氏名							
ケアマネジャー	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

<input type="checkbox"/> 介護するものがないため <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 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	