

利用申込書

申込日 令和 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	大正・昭和 年 月 日 (歳)	介護度 有効認定期間		要支援 1 2 要介護 1 2 3 4 5	
医療保険	☐ 被爆者手帳・身体障害者手帳(級) ☐ 国保(本人・家族) ☐ 社会保険 ☐ 老齢福祉年金受給(有・無) 国民年金 遺族年金 ☐ 生活保護				
本人の居所	☐ 現住所 ☐ 医療機関 ☐ 老人保健施設 ☐ その他() ☐ 入院先名称()				
担当 ケアマネージャー	氏名 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	☐ 今すぐ利用したい ☐ 令和 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	☐ 自立 ☐ 杖歩行 ☐ 車椅子 ☐ その他()
排泄	☐ 自立 ☐ 尿器 ☐ オムツ ☐ その他()
現在治療中の 病名	
特記事項	