

利用申込書

宮沢の里 はなもも苑 施設長 殿

年 月 日

フリガナ
 <申込者氏名>

㊞ <続柄>

<住所>

<電話番号>

自宅

()

携帯

()

フリガナ 利用者 氏名		男 ・ 女	生年月日	大正 年 月 日 昭和 (歳)
利用者 住所	〒 -		利用者 電話	()
介護保険	発行済 ・ 新規申請中 ・ 更新申請中 ・ 区分変更中【認定調査日 月 日】			

*介護保険が区分変更中の方は、下記二重線の囲いの中の要介護等の記入は不要です。

要介護度	認定有効期間	年 月 日 ~ 年 月 日	認定日	年 月 日
------	--------	------------------	-----	-------

介護保険負担割合証	1割 ・ 2割 ・ 3割	介護保険負担限度額認定証	有 ・ 無 ・ 申請中
健康保険	社保 ・ 国保 ・ 後期高齢 ・ 生活保護(担当者:) ・ 障害者手帳		

フリガナ 保証人氏名		㊞ 続柄 ()	連絡先① ()
自宅住所	〒 -		連絡先② ()
勤務先名			部署名
勤務先 住所	〒 -		連絡先 ()

緊急連絡先 (*申込者、保証人と同じ場合は、氏名以外省略可。①に主介護者をご記入ください。)

連絡先 ①番目 主介護者	フリガナ 氏名	続柄 ()	勤務先名	同居 ・ 別居
	住所		勤務先住所	
	電話番号①			
	電話番号②		勤務先電話番号	
連絡先 ②番目	フリガナ 氏名	続柄 ()	勤務先名	同居 ・ 別居
	住所		勤務先住所	
	電話番号①			
	電話番号②		勤務先電話番号	
連絡先 ③番目	フリガナ 氏名	続柄 ()	勤務先名	同居 ・ 別居
	住所		勤務先住所	
	電話番号①			
	電話番号②		勤務先電話番号	

利用申込書

利用者氏名：

現在の状況	1. 自宅 生活中	利用中の介護サービス		
	2. 入院中	医療機関名() 入院日： 年 月 日より 相談員()		
	3. 施設入所中	施設名() 入所日： 年 月 日より 相談員()		
居宅介護支援事業所				担当ケアマネジャー
かかりつけ医療機関				
本人の 経済状況	1. 年金の種類：		(2ヶ月で	円)
	2. その他の収入：		(1ヶ月で	円)
住宅状況	1. 一戸建て 2. 集合住宅 (階・エレベーター 有・無)			
老健利用後の 希望	ご本人： ① 在宅復帰希望 ② その他(施設等)入所希望			
	ご家族： ① 在宅復帰希望 ② その他(施設等)入所希望			
老健への ご希望 ご要望	(*看護・介護・食事・リハビリテーション等について)			
	居室希望 (4人・2人・1人・不問)		使用衣類 (リース・私物)	
特別養護 老人ホーム 申込み状況	申請(済・未)		申請日(年 月頃)	
	施設名 (申込済施設名をご記入ください。) ○			
	○		○	
その他 施設 申込状況	(*有料老人ホーム、グループホーム、サービス付高齢者向け住宅、その他施設 等)			
	○		○	
○		○		
延命措置 について	これまでに、病院や施設の医師から、 延命措置について、説明を受けたことがありますか。 (ある ・ ない)			