

申込日 令和 年 月 日

申込者 住所：
 (身元引受人) 氏名： ⑩ 続柄：
 連絡先： 携帯番号：

フリガナ		性別	生年月日	明・大・昭 年 月 日生 (歳)
利用希望者 (本人氏名)	⑩	男・女		
利用者住所		電話番号		

ご本人の様子・現環境等・利用申込の理由

◎ 現在ご利用中の介護保険サービスをご記入してください

<input type="checkbox"/> 通所サービス	・・・ 週 回	事業所名 []
<input type="checkbox"/> 訪問介護・看護	・・・ 週 回	事業所名 []
<input type="checkbox"/> 短期入所 (ショートステイ)	・・・ 1ヶ月 日位	事業所名 []
<input type="checkbox"/> 入院中または施設入所中	・・・	事業所名 []
<input type="checkbox"/> 福祉用具 (用具：)		事業所名 []
<input type="checkbox"/> その他 ()		

現在の様子・申込み理由：

ご家族連絡先 (緊急時連絡先)

	氏名	年令	続柄	勤務先等	電話番号 (携帯番号)
1					
2					
3					

介護保険	被保険者番号		保険者名称	市・町・村
	認定有効期間	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで	担当居宅 介護事業所	
	要介護度・支援度	<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	担当ケアマネ	

主治医①	医療機関名		電話番号	
	診療科目		病名	
	医師名		服薬状況	

主治医②	医療機関名		電話番号	
	診療科目		病名	
	医師名		服薬状況	

※ 利用申込時必要書類

- 1. 利用申込書
- 2. 診断書 (診療情報提供書)
- 3. 介護/看護サマリー
- 4. 紹介状
- 5. 介護保険被保険者証の写し

施設記入欄：

