



相談員	受付担当

ご利用申込書

申込者氏名
住所〒

令和 年 月 日
ご利用者との関係

携帯電話 () -
電話番号 () -

下記の通り、利用を申し込みます。

フリガナ	性別	生年月日
ご本人様氏名	男・女	明・大・昭 年 月 日 (歳)
住所	〒 - 電話番号 ()	
介護保険被保険者番号	保険者名	被保険者番号No
	要介護度 支1・支2・介1・介2・介3・介4・介5	
	有効期限 年 月 日 ~ 年 月 日	
被爆者健康手帳	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	被爆者手帳番号
身体障害者手帳	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	負担限度額認定証 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 段階
入所希望者の状況	<input type="checkbox"/> 自宅にて一人で暮らしている <input type="checkbox"/> 自宅にて家族と暮らしている <input type="checkbox"/> 特養などの施設や病院に入っている (入所、入院中の方は下記にご記入ください) *施設名又は病院名： *所在地(市区名のみ)： *入所又は入院時期： 年 月頃から	
	<input type="checkbox"/> 介護者がいないため <input type="checkbox"/> 介護者が「高齢」「障害」「疾病」等により十分な介護ができない <input type="checkbox"/> 介護者の就労により、十分な介護ができない <input type="checkbox"/> 介護者の身体的、精神的負担が大きく、十分な介護ができない <input type="checkbox"/> 居住環境の事情により、十分な介護ができない <input type="checkbox"/> 施設や病院等から退所、退院を迫られているが、自宅での介護ができない <input type="checkbox"/> 認知症の症状により、常時見守りが必要 <input type="checkbox"/> その他 []	
	在宅サービス等の利用状況	<input type="checkbox"/> 訪問介護(週 回) <input type="checkbox"/> 通所介護(週 回) <input type="checkbox"/> 短期入所(最近の利用 年 月) <input type="checkbox"/> 訪問看護(週 回) <input type="checkbox"/> 通所リハビリ(週 回)
	医療の状況	<input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 胃瘻 <input type="checkbox"/> インシュリン注射 <input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> その他 ()
	他施設申請状況	<input type="checkbox"/> 当該施設のみ申請 <input type="checkbox"/> 他の施設にも申請している (施設名：)
主介護者(緊急時連絡先)	ご住所 〒	
	氏名	ご本人との続柄
	電話番号	携帯番号
備考	担当ケアマネジャー	<input type="checkbox"/> いる *事業所名 () 担当者 () <input type="checkbox"/> いない