

葵会グループ

利用申込書

介護老人保健施設 葵の園・長岡
 特別養護老人ホーム あおいの里・長岡

申込日 年 月 日

利用者希望者	フリガナ		男・女	明治 大正 昭和	年 月 日 生 (歳)	
	氏名					
	住所	〒 -		TEL ()		
	現在の居場所	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 病院(名称:) <input type="checkbox"/> 他施設(名称:)				
	要介護区分	<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				
	有効期間	年 月 日 ~ 年 月 日		<input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 区分変更中(申請日 年 /)		
	居宅・病院	担当 ケアマネ・ワーカー名	事業所名	TEL ()		
	健康保険	<input type="checkbox"/> 後期高齢者医療 <input type="checkbox"/> 生活保護(担当ワーカー名) <input type="checkbox"/> その他 ()				
	身体・精神障害者手帳	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (種 級 障害名 :)				
	その他 保険証	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (<input type="checkbox"/> 県障 <input type="checkbox"/> 自立支援医療【更生・精神】 <input type="checkbox"/> 特定疾病)				
介護保険負担額認定証	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 有 (<input type="checkbox"/> 第1段階 <input type="checkbox"/> 第2段階 <input type="checkbox"/> 第3段階① <input type="checkbox"/> 第3段階②)					
収入(年金など)	<input type="checkbox"/> 国民年金 <input type="checkbox"/> 厚生年金 <input type="checkbox"/> 共済年金 <input type="checkbox"/> 遺族年金 <input type="checkbox"/> その他 () 1ヶ月 円 くらい					

申込者	フリガナ		男・女	年齢	続柄	職業
	氏名					
	住所	〒 -		自宅	()	
			携帯	()		

緊急時連絡先	氏名	続柄	年齢	同居 別居	住所	電話番号
	① (□申込者と同じ)			同居 別居	〒 -	自宅 () 携帯 ()
	②			同居 別居	〒 -	自宅 () 携帯 ()

家族構成 ※子供や緊急連絡先になる親族等を記入  ※本人は塗りつぶす <input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性 / 同居者を囲って下さい	ご家族の在宅状況	現在利用中のサービス
	<input type="checkbox"/> 家族が必ず在宅	<input type="checkbox"/> デイサービス (事業所名: 週 回) <input type="checkbox"/> デイケア (事業所名: 週 回)
	<input type="checkbox"/> ときどき一人になる	<input type="checkbox"/> 訪問介護 (事業所名: 週 回) <input type="checkbox"/> 訪問看護 (事業所名: 週 回)
	<input type="checkbox"/> 日中ほとんど一人	<input type="checkbox"/> ショートステイ (事業所名: 月 回) <input type="checkbox"/> 福祉用具 (事業所名:)
	<input type="checkbox"/> 独居のため誰もいない	(車いす・歩行器・シルバーカー・杖・ベッド・その他)
		<input type="checkbox"/> その他

