

利 用 申 込 書

宮沢の里 はなもも苑 施設長 殿

記入日： 年 月 日

フリガナ			性別	生年月日	大正 年 月 日
利用者 氏名			男 ・ 女		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		

※ 保証人、主介護者の方は、右列に「○」をご記入ください。

緊急連絡先 ※ ご連絡が必要な際、①～順番にお電話致します。

※ 勤務先の記載も必ずお願い致します。

連絡先 ①番目	フリガナ		主介護者	保証人	
	氏名	続柄()			勤務先名
	住所				勤務先住所
	電話番号①				
連絡先 ②番目	電話番号②		勤務先電話番号		
	フリガナ				
	氏名	続柄()	勤務先名		
	住所		勤務先住所		
連絡先 ③番目	電話番号①				
	電話番号②		勤務先電話番号		
	フリガナ				
	氏名	続柄()	勤務先名		
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(濟 ・ 未) 申請日(年 月頃)			
	施設名 (申込済施設名をご記入ください。) <input type="radio"/>			
	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>			
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) <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>			
	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>			
	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>			
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)			