

# 竹原むつみ利用申込書

令和 年 月 日

## 施設長殿

申込者 住所

フリガナ

氏名

利用者との続柄 ( )

電話番号

下記の通り、利用の申し込みをします。なお貴施設の利用申し込みにあたり、貴施設において市町・居宅介護支援事業者・その他の介護保険事業者等により情報を入手することを承諾します。

|                            |                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                         |     |      |                                   |                   |              |     |  |
|----------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|------|-----------------------------------|-------------------|--------------|-----|--|
| 利用<br>者                    | フリガナ                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                         |     |      | 男<br>・<br>女                       | 大正・昭和             |              |     |  |
|                            | 氏名                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                         |     |      |                                   | 年 月 日 ( 歳 )       |              |     |  |
|                            | 住所                                                                                                                                                                                                                        | 〒                                                                                                                                                       |     |      |                                   | Tel<br>自宅：<br>携帯： |              |     |  |
| 介護保険被保険者証                  |                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                         |     |      | 有効期限                              |                   | 年 月 日～ 年 月 日 |     |  |
| 要介護度                       | <input type="checkbox"/> 要支援1 <input type="checkbox"/> 要支援2<br><input type="checkbox"/> 要介護度1 <input type="checkbox"/> 要介護度2 <input type="checkbox"/> 要介護度3 <input type="checkbox"/> 要介護度4 <input type="checkbox"/> 要介護度5 |                                                                                                                                                         |     |      |                                   |                   |              |     |  |
| 居宅介護支援事業所（担当ケアマネジャー）       |                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                         |     |      |                                   |                   |              |     |  |
| 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               |                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                         |     |      | 無（1800円）・有（第1段階・第2段階・第3段階①・第3段階②） |                   |              |     |  |
| 被爆者手帳                      |                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                         |     |      | 無・有（公費負担者番号： 手帳番号： )              |                   |              |     |  |
| 家<br>族<br>の<br>連<br>絡<br>先 | ※                                                                                                                                                                                                                         | フリガナ                                                                                                                                                    | 続柄  | 年齢   | 同居別居                              | 住所                | 〒            |     |  |
|                            |                                                                                                                                                                                                                           | 氏名                                                                                                                                                      |     |      | 同・別                               |                   |              |     |  |
|                            |                                                                                                                                                                                                                           | Tel                                                                                                                                                     |     | 自宅：  |                                   |                   | 携帯：          |     |  |
|                            |                                                                                                                                                                                                                           | 勤務先：                                                                                                                                                    |     |      |                                   |                   |              | ( ) |  |
|                            |                                                                                                                                                                                                                           | フリガナ                                                                                                                                                    | 続柄  | 年齢   | 同居別居                              | 住所                | 〒            |     |  |
|                            |                                                                                                                                                                                                                           | 氏名                                                                                                                                                      |     |      | 同・別                               |                   |              |     |  |
|                            | Tel                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                         | 自宅： |      |                                   | 携帯：               |              |     |  |
|                            | 勤務先：                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                         |     |      |                                   |                   | ( )          |     |  |
|                            | フリガナ                                                                                                                                                                                                                      | 続柄                                                                                                                                                      | 年齢  | 同居別居 | 住所                                | 〒                 |              |     |  |
|                            | 氏名                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                         |     | 同・別  |                                   |                   |              |     |  |
|                            | Tel                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                         | 自宅： |      |                                   | 携帯：               |              |     |  |
|                            | 勤務先：                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                         |     |      |                                   |                   | ( )          |     |  |
| 利用者の主な介護者については※欄に◎を記入して下さい |                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                         |     |      |                                   |                   |              |     |  |
| 利用内容                       |                                                                                                                                                                                                                           | <input type="checkbox"/> 介護老人保健施設入所<br><input type="checkbox"/> 短期入所療養介護（ショートステイ） <input type="checkbox"/> 予防短期入所療養介護                                   |     |      |                                   |                   |              |     |  |
| 利用を希望する理由                  |                                                                                                                                                                                                                           | <input type="checkbox"/> 自宅生活困難 <input type="checkbox"/> 介護者不在 <input type="checkbox"/> 介護疲労 <input type="checkbox"/> リハビリ <input type="checkbox"/> その他 |     |      |                                   |                   |              |     |  |
| 要介護者等及び家族の<br>介護に対する意向     |                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                         |     |      |                                   |                   |              |     |  |
| 退所先                        |                                                                                                                                                                                                                           | <input type="checkbox"/> 自宅に帰る <input type="checkbox"/> 他の家族と同居する<br><input type="checkbox"/> 他施設入所（申込先： )                                              |     |      |                                   |                   |              |     |  |

※介護保険被保険者証及び介護保険負担割合証（お持ちの方は、被爆者手帳）のコピーを添付して下さい。

※医師の紹介状を添付して下さい。（お持ちの方のみ）