

記入日： 年 月 日

※ 利用希望に○を記入

利用者	フリガナ			男・女	明 治				
	氏 名				大 正 年 月 日生まれ 昭 和 (満 歳)				
	住 所	〒 —							
	TEL	自 宅			携 帯				
	介護保険被 保険者証	新規申請中	要支援 1 ・ 2	被保険者番号					
		更 新 中	要介護	認定年月日	年 月 日				
		区分変更中	1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5	有効期間	月 日 ~ 年 月 日				
	負担割合証	利用者負担割合： 割		適用期間	月 日 ~ 年 月 日				
負担限度額	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 有 第1段階 ・ 第2段階 ・ 第3段階 年金額 円/月								
健康保険	<input type="checkbox"/> 後期高齢者医療 <input type="checkbox"/> 生活保護(担当ワカ名：) <input type="checkbox"/> その他()								
身体障害者手帳	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 種 級 障害名： <input type="checkbox"/> 申請中								
身元引受人	フリガナ			男・女	続 柄	年 齢	職 業		
	氏 名								
	住 所	〒 —							
	TEL	自 宅			携 帯				
家族構成 ・ 連絡先	緊急連絡順 ・ 氏名	続 柄	年 齢	住 所		電 話 番 号			
	①			〒 —		自 宅： 携 帯：			
	②			〒 —		自 宅： 携 帯：			
	③			〒 —		自 宅： 携 帯：			
	④			〒 —		自 宅： 携 帯：			
ご希望・ご要望	利用希望理由 ・今後の意向								
	介護上の問題点、施設への要望など (できるだけ具体的に。)	ご 本 人	できるようにになりたい、したいこと、介助者にして欲しいこと、リハビリに関すること等						
		ご 家 族	できるようになって欲しいこと、介助者にして欲しいこと、リハビリに関すること等						
	他の申込み状況	施設名							
部屋の希望	個室希望	・ 多床室		洗濯物について	家族洗濯	・ ネット洗濯			