

社会福祉法人 伊丹市社会福祉事業団

介護老人保健施設 ケアハイツいたみ 利用申込書

平成 年 月 日

利用者本人の状況	フリガナ				
	氏名		男女	生年月日	明大昭 年 月 日 (歳)
	現住所	(〒 -) (電話番号 - -)			
	介護保険状況等	<input type="checkbox"/> 要介護認定を受けている			
		<申込日現在の介護度> 要介護 (1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5)			
		<認定有効期間>平成 年 月 日から平成 年 月 日まで			
		<input type="checkbox"/> 区分変更申請中 (平成 年 月 日申請)		<input type="checkbox"/> 新規・更新申請中 (平成 年 月 日申請)	
障害者手帳 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (種別: 級)					
特定疾患の認定 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (病名:)					
介護保険負担限度額認定 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (食費: <input type="checkbox"/> 300円 <input type="checkbox"/> 390円 <input type="checkbox"/> 650円) <input type="checkbox"/> 申請中					

申請者(家族)	フリガナ			電話番号		
	氏名			携帯電話		
	住所	(〒 -)			年齢	歳
*施設までの所要時間 (時間)					続柄	

緊急連絡先	氏名	続柄	連絡先	家族構成図
				男= <input type="checkbox"/> 女= <input type="checkbox"/> 本人= <input type="checkbox"/> 死亡= <input type="checkbox"/>

現在の居所	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 施設 <input type="checkbox"/> その他（ ）		
	病院・施設名	入院・入所日 年 月 日より	
	住所		
	電話	担当者（相談員・ケアマネジャー）	

入所希望日	平成 年 月 日より
希望期間	<input type="checkbox"/> 1ヶ月 <input type="checkbox"/> 3ヶ月 <input type="checkbox"/> 6ヶ月
希望居室	<input type="checkbox"/> 4人部屋 <input type="checkbox"/> 個室（3,000円/1日の差額料金）
申込理由 （具体的に）	
退所後の予定	<input type="checkbox"/> 在宅 <input type="checkbox"/> 老健 <input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> その他（ ） 具体名（ ）
在宅復帰に当たっての問題点 （具体的に）	
本人の性格	
趣味・特技	

居宅サービスの利用状況					
※以下に該当する現在・直近の居宅サービスの利用状況についてご記入ください。					
居宅介護支援事業所	事業所名				
	住 所				
	電 話			担当ケアマネジャー：	
訪問介護	回/月	訪問看護	回/月	短期入所生活介護	回/月
訪問リハ	回/月	通所介護	回/月		1回 泊 日
通所リハ	回/月	居宅療養管理指導	回/月	短期入所療養介護	回/月
福祉用具貸与	内容				1回 泊 日

※申込書と一緒に介護保険者証のコピーもご提出ください。

- ※提出書類の確認 利用申込書（本用紙 2枚） 日常生活情報書 ①②③
 診療情報提供書 介護保険者証コピー