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 |  | 男女 | 生年月日 | 明　大　昭年　　　月　　　日（　　　　歳） |
| 氏名 |  |
| 現住所 | （〒　　　　－　　　　　　）（電話番号　　　　　　－　　　　　　－　　　　　　　） |
| 介護保険状況等 | □ 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 |
| □ 区 分 変 更 申 請 中（平成　　　年　　　月　　　日　申請） | □ 新 規 ・ 更 新 申 請 中（平成　　　年　　　月　　　日　申請） |
| 障害者手帳 | □無　□有（種別：　　 　　　　　　　　 　　　　　級） |
| 特定疾患の認定 | □無　□有（病名：　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 介護保険負担限度額認定 | □ 無　□ 有（食費:□ 300円 □ 390円 □ 650円）□ 申請中 |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 申 請 者（家 族） | フリガナ |  | 電話番号 |  |
| 氏名 |  |
| 携帯電話 |  |
| 住所 | （〒　　　　－　　　　　　）＊施設までの所要時間（　　　　　　　時間） | 年齢 | 歳 |
| 続柄 |  |
| 緊急連絡先 | 氏名 | 続柄 | 連絡先 | 家族構成図 |
|  |  |  | *男=□　女=○　　本人=二重印　　死亡=黒塗り* |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| 現在の居所 | * 自宅　□ 病院　□ 施設　□ 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 | * 1ヶ月　□ 3ヶ月　□ 6ヶ月
 |
| 希望居室 | □ 4人部屋□ 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 | * 在宅　□ 老健　□ 病院　□ 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