

入所申込日 年 月 日

利用希望施設に○をしてください

あまさぎ園(長期入所・短期入所) ・ ケアハウス高城 ・ グループホーム田園

必要書類: 1利用申込書・2介護保険証の写し・3指定の診療情報提供書(必要な際にこちらからお知らせします)

1: 入所希望者・家族情報について(全員ご記入ください)

入所希望者 (本人氏名)	(フリガナ) 印	生 年 月 日	明治 ・ 大正 ・ 昭和
入所希望者 住所	〒		年 月 日
電話番号	自宅・携帯		歳
保護者 身元引受人	(フリガナ) 印	続柄	
身元引受人住所	〒	連絡先	自宅 携帯 職場

2: 介護保険情報について(全員ご記入ください)

被保険者番号	10桁の番号をご記入ください										
要介護度	<input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 未認定 <input type="checkbox"/> 要支援1 <input type="checkbox"/> 要支援2 <input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5										
認定の有効期限	年 月 日 ~ 年 月 日										
介護保険負担限度 額負担区分	<input type="checkbox"/> 該当せず <input type="checkbox"/> 1段階 <input type="checkbox"/> 2段階 <input type="checkbox"/> 3段階 <input type="checkbox"/> 4段階 <input type="checkbox"/> わからない (未申請・ご不明の方は市町村及び担当のケアマネージャーにご相談ください)										

3: 現環境について(全員ご記入ください)

<input type="checkbox"/> 自宅 (介護保険サービス利用中・入院中・施設入所中の方は下記の項目もご記入ください)		
<input type="checkbox"/> 通所サービス→週 回	【事業所名】	<input type="checkbox"/> 訪問介護・看護→週 回
<input type="checkbox"/> 福祉用具【	】	
<input type="checkbox"/> 短期入所利用→1ヵ月 日位利用	【事業所名】	
<input type="checkbox"/> 長期間ショートステイ利用中→	【事業所名	年 月 日 ~】
<input type="checkbox"/> 入院中・施設入所中→	【事業所名・病院名	年 月 日 ~】
<input type="checkbox"/> その他→	【	

4: 生活状況・収入状況について(該当する部分をご記入ください)

・担当居宅事業所→	【	】
・事業所名→	【	】
・担当ケアマネージャー→	【	】
・現在かかっている病院		
	病院	科 担当医
	病院	科 担当医
	病院	科 担当医
・同居家族→	有( )人	・ 無 <input type="checkbox"/> 経管栄養である(胃ろう・鼻腔)

・収入状況について(ケアハウス希望の方は必ずご記入ください・後日、課税所得証明書が必要となります)

年金	( )	年金	ヵ月	円
	( )	年金	ヵ月	円
	( )	年金	ヵ月	円
その他	( )		ヵ月	円

本人・家族の意向等希望があればご記入ください

--