|  |
| --- |
| 受　　付　　日 |
| 令和　　　年　　　月　　　日 |

利　用　申　込　書

介護老人保健施設ゆうあい

※裏面もご記入ください。

|  |  |
| --- | --- |
| 利用区分（利用希望に○） | １．入所　２．短期入所（予防・介護）３．通所リハビリ（予防･介護） |
| ふりがな |  | 性　別 | 生　年　月　日 |
| 氏　　　名 |  | 男・女 | 大正　　　　年　　　　月　　　日昭和　　　　　　　　　（　　　歳） |
| 現　住　所 | 〒 | 電　話　番　号 |
| （　　　　）　　　　― |
| 介護保険証 | 被保険者番号 |  | 保険者名 |  |
| 要介護度 | 要支援１・要支援２･要介護１・要介護２・要介護３・要介護４・要介護５・申請中 |
| 認定期間 | 令和　　年　　　月　　　日　　　～令和　　年　　　月　　　日 | 認定日 | 令和　　　年　　　月　　　日 |
| 負担限度額認定証 | 有　･　無 | 食費負担額 | 　　　　　　　　　円 |
| 負担割合証 | 1割負担・2割負担・3割負担 |  |
| 健康保険証 | 種　類 | 国保　・　社保　・　共済　・　後期高齢者　･　生保 |
| 記号・番号 |  |
| 保険者番号 |  |
| 標準負担額減額認定証 | 有　・　無 | 適用区分 |  |
| 身体障害手帳 | 有･無 | 種　　　級 | 障 害 名 |  |
| 心身障害医療費受給者証 | 有･無 | 公費負担者番号 |  |
| 受給資格者番号 |  |
| 恩給･年金 | 種　類 |  | 月　額 | 約　　　　　万円 |
| 種　類 |  | 月　額 | 約　　　　　万円 |
| 居宅介護支援事業所 |  | 電話番号 |  |
| 担当者名 |  |
| 現在の状況 | * 自　宅　　　　（かかりつけ医：　　　　　　　　　　　　　　　）
* 入院中　　　　（病院名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　）
* 施設入院中　　（施設名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　）
* その他
 |
| 利用理由 |  |
| 今後の希望（入所希望時のみ記入） | □　自宅に帰りたい　　（いつごろまでに：　　　　　　　　　　　　　　　）　　　　　　　　　　　（どんな状態で　：　　　　　　　　　　　　　　　）□　他の施設へ入所したい　申込施設名（　　　　　　　　）（　　　　　　　　）（　　　　　　　　） |
| 現在の病名 |  |
| 既　往　歴手　術　歴 | 　　 |
| 生　活　歴 |  |
| 現在の状況（該当するものに〇） | 食事　（一人で食べる・介助が必要・全部介助）排泄　（一人でできる・介助が必要・全部介助）　　使用物品　：　布パンツ・紙パンツ・テープオシメ・パット・ポータブルトイレ更衣　（一人でできる・介助が必要・全部介助）移動　（一人で歩ける・介助が必要・全部介助・車イス使用）　　使用補助具　：　なし・杖・歩行車・車椅子入浴　（一人で入れる・介助が必要）会話　（何でも話せる・あいさつ程度・できない） |
| 申　込　者 | ふりがな |  | 続柄 | 年齢 | 住　ま　い |
| 氏　名 |  |  |  | 同　居　・　別　居 |
| 住　所 | 〒 | 連絡先 | 自宅携帯 |
| 家　族　状　況 | 氏　　　　　名 | 続柄 | 年齢 | 住所・電話番号 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| 備　　考 |  |