

【記載例】

※受理日:令和 年 月 日

介護老人保健施設悠久荘 利用申込書（入所・短期入所）

※お申込みする際は、必ず介護保険被保険者証(写し)をご添付ください。

【入所希望者の状況】

入所希望者	フリガナ	ユウキウ タロウ		性 別	■男 □女	
	氏 名	悠久 太郎		生年月日	□明治 □大正 ■昭和 〇〇 年 3 月 1 日生 〇〇 歳	
	住 所	〒010-1419 秋田市御所野堤台3丁目3番1 電話 018 (892) 7800				
介護保険	被保険者番号	〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇			負担割合	■1割 □2割 □3割
	認 定	□要介護1 □2 ■3 □4 □5 □新規申請中 □区分変更中				
	認定の有効期間	(平成) 令和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日 ~ 令和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日迄				
	負担限度額認定	■非該当 □第3段階② □第3段階① □第2段階 □第1段階 □未申請				
医療保険	■後期高齢者 □その他()					
身体障害者手帳	□無 ■有 □申請中 等 級: 2 級 1 種		障害名称: 脳梗塞による体幹機能障害 起立困難			
経済状況	■課税世帯	本人所得: 年金(■老齢 ■厚生 □共済 □障害 □遺族 〇〇〇万 円/年間)				
	□非課税世帯	その他所得(□不動産 □給与 □その他 無 円/年間)				
	□生活保護	世帯所得: (〇〇〇万 円/年間)				

【家族等の状況】

身元引受人	フリガナ	ユウキウ ハナコ		続 柄	妻	年 齢	〇〇 歳
	氏 名	悠久 花子					
	住 所	〒010-1419 秋田市御所野堤台3丁目3番1 電話 018 (892) 7800					
緊急時等連絡先	フリガナ	ユウキウ ハナコ	自 宅	住所	電話 018 (892) 7800		
	①氏名	悠久 花子	職 業	同 上	携帯 無		
	続柄(妻)	〇〇 歳	勤務先名	■無 □有 電話 ()			
	フリガナ	ユウキウ イチロウ	自 宅	住所	電話 〇〇〇 (〇〇〇) 〇〇〇〇		
	①氏名	悠久 一郎	職 業	〇〇市〇〇〇××-×	携帯 〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇		
	続柄(長男)	〇〇 歳	勤務先名	□無 ■有 (株) 〇〇〇〇〇〇 電話 〇〇〇 (〇〇〇) 〇〇〇〇			
フリガナ	ユウキウ ソウコ	自 宅	住所	電話 〇〇〇 (〇〇〇) 〇〇〇〇			
①氏名	悠久 荘子	職 業	〇〇市〇〇〇××-××	携帯 〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇			
続柄(長女)	〇〇 歳	勤務先名	■無 □有 電話 ()				

【現在の状況と入所後の方向性】

現在の状況	□在宅生活中 : 通院中の病院・医院名() ■入院中 : 病院名(〇〇〇〇〇)病院 入院日(令和〇〇年〇〇月〇〇日) □施設入所中 : 施設名() 入所日(年 月 日)	
希望内容	■施設入所 : 希望期間(3)ヶ月間 □短期(ショートステイ) 希望居室 : □個室A □個室B □個室C □二人部屋D □二人部屋E ■四人部屋	
住環境	■一戸建て □マンション □アパート □公営住宅 □その他() : ■所有 □賃貸	
在宅生活上の問題点	□独り暮らし ■高齢世帯 □介護者不在 □介護疲れ ■介護者が高齢 □介護者が病気 □家庭内不和 ■住環境問題(段差が多い等) □その他()	
退所先	■在宅復帰予定 : ■自宅 □その他() □介護老人福祉施設(特別養護老人ホーム) □有料老人ホーム □サービス付き高齢者向け住宅 □グループホーム □ケアハウス □その他()	
他施設 申込状況	□無 ■有 : 施設名(介護老人保健施設〇〇〇, 特別養護老人ホーム〇〇〇) 申込日(H〇〇年〇〇月〇〇日, H〇〇年〇〇月〇〇日)	

裏面へ

【サービス利用目的】

サービス利用をご希望される目的について、該当するものすべてに○印を付けて下さい。また、入所申込をされる理由として、特に伝えておきたいことがあれば、具体的に記述欄にお書き下さい。

本人	①. 今の時点では自宅の生活に支障があるのでサービスを利用したい。 ②. その支障は、身体機能に困難なことがあるから。 3. その支障は、認知機能に困難なことがあるから。 4. その支障は、介護している人やご家庭が困難を感じているから ⑤. その支障は、家の中の段差などの構造によるものから 6. ひとつふたつではなく、いろいろな理由から 7. ほかに人から勧められたから 8. とにかく在宅での生活が困難だから 9. その他()
	記述欄 ()

家 族	① 今の時点では自宅の生活に支障があるのでサービスを利用したい。 2. その支障は、身体機能に困難なことがあるから。 3. その支障は、認知機能に困難なことがあるから。 4. その支障は、介護している人やご家庭が困難を感じているから 5. その支障は、家の中の段差などの構造によるものから 6. ひとつふたつではなく、いろいろな理由から 7. ほかに人から勧められたから ⑧ とにかく在宅での生活が困難だから 9. その他()
	記述欄 ()

サービスを利用することで、どのような目標を達成できればよいとお考えですか？

また、サービスを利用されるにあたり、私達にどのような要望がありますか？ごく簡単に結構ですので、お書き下さい。

例えば、「車椅子から便器へ自力で乗り移りができるようになれば…」、「夜は眠れるように生活のリズムを整えたい」、「介護をしている家族の体調が回復して、上手な介護方法を知りたい」、「今よりは少しでも介護の手間が少なくなるものならば…」などのことです。

本人	
家族	

【担当ケアマネジャー】

事業所名	〇〇〇〇〇ケアプランセンター	担当者名	〇〇 〇〇
------	----------------	------	-------

【緊急時搬送病院】

搬送先病院名	〇〇〇〇〇病院
--------	---------

【申込記入者】

記入日	令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日	記入者	氏名 〇〇 〇〇	続柄(〇〇)
-----	----------------	-----	----------	----------