

# 介護サービス利用申込書

利用者 (被保険者)	住所	(〒 — )								
		電話番号 — —								
	フリガナ	姓	名	生年月日						
	氏名			明治 大正 昭和 年 月 日						
介護 保険証 番号				<b>要介護度</b> 右欄の該当に Oをして下さい	要支援	要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5

申込者 又は 介護者	住所	(〒 — )		
		電話番号 — —		
	フリガナ	姓	名	利用者との続柄 下欄の該当にOをして下さい
	氏名			
			印	
利用者本人が申込者の場合は氏名欄にだけ本人と書いて押印して下さい				

利用したいサービス (申込欄にOをつけて下さい)				
	事業所名	サービスの種類	申込欄	備考欄 (希望その他なんでもご記入下さい)
施設 サービス	特別養護老人ホーム	1 入所	↓	
	〃	2 介護保険短期入所		
	〃	3 福祉短期入所		
在宅 サービス	高齢者グループホーム	4 入所		
	デイサービスセンター	5 介護保険デイ		
	〃	6 福祉生きがいデイ		
	ホームヘルプステーション	7 介護保険ヘルパー		
	〃	8 福祉ヘルパー		
	訪問看護ステーション	9 訪問看護師派遣		休止中
	居宅介護支援事業所	10 ケアプラン作成等		
	訪問給食サービス	11 福祉宅配給食		
	在宅介護支援センター	12 福祉情報支援活動		

詳しくは徳光苑在宅介護支援センター(0993-35-0027)にお尋ね下さい  
指宿市の委託事業ですので手続き代行も無料です。

( 受付日 平成 年 月 日 / 受付者氏名 )

介護サービス利用申込書兼調査書 (□新規 □変更)  
(地域密着型サービス)

介護サービス利用を申し込まれた全ての方に、申込書をご記入頂いています。ご協力をお願いいたします。なお、申し込みの際には、介護保険被保険者証の写しも併せてご提出ください。

申込者(連絡先) 申込日 平成 年 月 日

申込書 記入者	氏名	本人との 関係	電話 ( )
------------	----	------------	--------

介護サービス利用希望者

ふりがな		男・女	生年月日	明大昭	年 月 日	満 歳
住所	指宿市			電話		
被保険者番号				要介護度	支援 1 2	介護 1 2 3 4 5
世帯構成 同居の方について	<input type="checkbox"/> 一人暮らし <input type="checkbox"/> ご夫婦のみ(相手の方のご年齢 歳) <input type="checkbox"/> ご夫婦以外に同居の方がいる(本人を含め、同居の方全員の人数 人) <input type="checkbox"/> 同居の方で病気療養中や障害者がいる					
障害者手帳 (無・有)	手帳の種類 ( ) 級 ( )					
主に介護している方について	介護する方は <input type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない 主に介護する方は <input type="checkbox"/> 健康 <input type="checkbox"/> 病弱 <input type="checkbox"/> 病気で治療中 <input type="checkbox"/> 障害がある 主に介護する方は <input type="checkbox"/> 働いている <input type="checkbox"/> 働いていない <input type="checkbox"/> 育児中					
主に介護している方の負担感について	<input type="checkbox"/> 本人と介護者の関係が良好でない <input type="checkbox"/> その他介護で困っていることがある (具体的に )					
お住まいについて	今のお住まいは <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 自宅以外 ( ) 自宅以外にお住まいの方は、戻る自宅が <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない					
介護する上で の住宅の問題 について	<input type="checkbox"/> 立ち退きを求められている <input type="checkbox"/> 家屋の老朽化(築30年以上)が著しい <input type="checkbox"/> エレベーターのない集合住宅の2階以上に住んでいる <input type="checkbox"/> 自分の部屋がない <input type="checkbox"/> 自分の部屋とは別の階にトイレや風呂がある <input type="checkbox"/> その他(具体的に )					

現在の療養 場所につい て	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 老人保健施設 <input type="checkbox"/> 介護療養型医療施設 <input type="checkbox"/> 軽費老人ホーム <input type="checkbox"/> ケアハウス <input type="checkbox"/> 有料老人ホーム <input type="checkbox"/> グループホーム <input type="checkbox"/> その他 ( )
	施設の名称 <span style="float: right;">施設入所・入院開始日</span> <div style="text-align: right;">年 月 日頃</div>

\*裏面もご記入ください

<p>生活歴</p> <p>(ご利用者がサービスを利用されるにあたり職員とのスムーズなコミュニケーションを図るため)</p> <p>※必須ではありません</p>	<p>お生まれはどちらですか；</p> <p>_____</p> <p>ご結婚はいつ頃ですか；</p> <p>_____</p> <p>どのようなお仕事で生計を維持されてきましたか；</p> <p>_____</p> <p>好きな食べ物は； _____</p> <p>嫌いな食べ物は； _____</p> <p>好きなこと； _____</p> <p>嫌いなこと； _____</p>
<p>その他本人に該当するもの</p>	<p><input type="checkbox"/> 徘徊    <input type="checkbox"/> 暴力行為    <input type="checkbox"/> 不潔行為    <input type="checkbox"/> 異食    <input type="checkbox"/> 大声や奇声</p> <p><input type="checkbox"/> その他の行為(具体的に _____ )</p> <p><input type="checkbox"/> 医療器具を使ったり、医療的な管理が必要(具体的に _____ )</p> <p><input type="checkbox"/> 病気がある(具体的な病名 _____ )</p> <p><input type="checkbox"/> 特別養護老人ホームを入院により退所となった</p> <p><input type="checkbox"/> 認定審査会の意見で、施設入所を勧められている</p>
<p>介護サービス利用を希望する理由</p>	<p><input type="checkbox"/> 本人が希望している    <input type="checkbox"/> 家族が希望している</p> <p>(具体的に _____ )</p>
<p>ケアプランなどについて</p>	<p>ケアプランは _____ <input type="checkbox"/> 作っている    <input type="checkbox"/> 作っていない</p> <p>相談できるケアマネジャーは _____ <input type="checkbox"/> いる    <input type="checkbox"/> いない</p> <p>事業所名 _____</p> <p>電 話 _____ (    )</p>
<p>在宅サービスについて</p>	<p>在宅サービスは _____ <input type="checkbox"/> 使っている    <input type="checkbox"/> 使っていない</p> <p>今後の利用は _____ <input type="checkbox"/> 今のままで良い    <input type="checkbox"/> もっと増やしたい</p> <p><input type="checkbox"/> サービスや使い方を改善したい(具体的に _____ )</p> <p><input type="checkbox"/> 費用のことで困っている _____ )</p>
<p>その他特記すべき事項</p>	<p>_____</p>

私は、貴事業所の介護サービス利用に関する方法や手続きについて説明を受けました。

私は、以下の2点について同意します。

1. この申込書にある内容を保険者(市)、在宅介護支援センター及び指定するケアマネジャーへ提供すること及び情報を収集すること。
2. 貴事業所の介護サービス利用までの待機期間中に、他の介護サービス事業所での利用が決定した場合等速やかに貴事業所に連絡すること。

(事業所長等) 氏名 \_\_\_\_\_ 様

平成    年    月    日

(介護サービス利用希望者) 氏名 \_\_\_\_\_ (印)