

サービス利用申込書

介護老人保健施設ピア観音 御中

申込日 令和 年 月 日

利用希望 介護老人保健施設 短期入所療養介護 通所リハビリ

利用者希望者の状況	フリガナ					性別		
	氏名					<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		
	生年月日	<input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和	年	月	日	年齢		歳
	現住所	〒 —						
	介護保険	区分	<input type="checkbox"/> 非該当 <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					
		事業者	事業所		担当介護支援専門員			
		限度額	<input type="checkbox"/> 未申請 <input type="checkbox"/> 1段階 <input type="checkbox"/> 2段階 <input type="checkbox"/> 3段階① <input type="checkbox"/> 3段階② <input type="checkbox"/> 4段階					
	医療健康保険	原爆手帳	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	身体障害		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		
		生活保護	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	医療受給者証		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		
	制度利用	成年後見	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 申請中				
状況	一人暮らし	<input type="checkbox"/> 一人で暮らしている <input type="checkbox"/> 家族と暮らしている ※一人で暮らされている方にお聞きします。お住まいの近くにご家族はいらっしゃいますか。その方との関係は。 〔 <input type="checkbox"/> 全くいない <input type="checkbox"/> 近所にいる <input type="checkbox"/> 近隣の区町にいる (区・町) <input type="checkbox"/> 県外 (県) 〕 〔 <input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> 兄弟 <input type="checkbox"/> 甥姪 <input type="checkbox"/> その他 () 〕						
	居宅サービス	<input type="checkbox"/> 居宅サービスを利用している <input type="checkbox"/> 居宅サービスは利用していない ※居宅サービスを利用している方にお聞きします。サービス内容を教えてください。 <input type="checkbox"/> デイサービス <input type="checkbox"/> デイケア <input type="checkbox"/> ショートステイ <input type="checkbox"/> 訪問介護 <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 訪問リハ						
	施設入院	<input type="checkbox"/> 老健などの施設や病院に入っている (入所、入院中の方は下記にご記入ください) ※施設種別・施設名または病院名： ※入所又は入院時期： <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月頃から						
入所希望の理由	(複数回答可)	<input type="checkbox"/> 在宅生活を継続したい <input type="checkbox"/> 入所と在宅との交互利用をしたい <input type="checkbox"/> 介護者が「高齢」「障害」「病気」「就労」「育児」等により利用したい <input type="checkbox"/> 他施設入所待ちの間、利用したい (どこへ?) <input type="checkbox"/> 施設や病院等から退所、退院を迫られているが、現時点では自宅での介護ができない ※入所又は入院時期：令和 年 月 日まで ※入所希望期間：令和 年 月 日まで <input type="checkbox"/> 未定 <input type="checkbox"/> その他 ()						
	特別な医療	<input type="checkbox"/> 点滴の管理 <input type="checkbox"/> 中心静脈栄養 (IVH) <input type="checkbox"/> 透析 <input type="checkbox"/> ストマーの処置 <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> 人工呼吸器の使用 <input type="checkbox"/> 気管切開の処置 <input type="checkbox"/> 疼痛の看護 <input type="checkbox"/> 経管栄養 (胃ろう、鼻くう等) <input type="checkbox"/> その他 ()						

申請者 (主介護者)	フリガナ			性別	男 ・ 女		
	氏名	生年月日		大・昭・平 年 月 日			
		本人との関係					
	住所	〒 —		電話	()		
				携帯	()		
		同居の有無	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居				

※入所の場合は、サービス利用申込書と別途、「健康調査票」の提出も必要となります。

留意事項 ※上記「介護」「医療」「健康」に関する保険証や手帳の添付をご提出ください。

※負担限度額認定を受けていない方は、住居地の市区町村介護保険課等に申請をしてください。

介護老人保健施設ピア観音 令和5年7月作成