

看護小規模多機能ライフシティ稲城 利用申込書

申込日	年 月 日	受付者:
-----	-------	------

申込者

ふりがな			
氏名	続柄()	電話	自宅 ()
住所	〒		携帯 ()

利用者

ふりがな		男・女	生年月日	明治・大正・昭和	満 歳
氏名				年 月 日	
住所	〒			電話	()

サービス利用開始日	<input type="checkbox"/> 今すぐ利用希望 <input type="checkbox"/> 年 月 日から利用希望 <input type="checkbox"/> 未定
-----------	---

医療保険	<input type="checkbox"/> 国保・社保(本人・家族) <input type="checkbox"/> 生保 <input type="checkbox"/> 高齢者(前期・後期) <input type="checkbox"/> 重心 <input type="checkbox"/> 難病 <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> 低所得Ⅰ <input type="checkbox"/> 低所得Ⅱ <input type="checkbox"/> 一般 <input type="checkbox"/> 上位所得者					
------	---	--	--	--	--	--

介護保険 被保険者番号						負担割合 —割	障害者手帳(無・有) 手帳種類(種 級)
----------------	--	--	--	--	--	------------	--------------------------

要介護度	申請中 要介護1・2・3・4・5	有効期間(年 月～ 年 月)	(障害名)
------	------------------	-----------------	--------

居宅介護支 援事業所名		居宅介護支 援専門員名	
----------------	--	----------------	--

かかりつけの 医療機関	病院名	医師名
	病名	

現在の居場所	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 親族の家 <input type="checkbox"/> 施設・病院(名称) <input type="checkbox"/> その他()
--------	--

同居者の状況	氏名	年齢	続柄	連絡先(携帯・勤務先)

住宅の情報	<input type="checkbox"/> 一戸建て	<input type="checkbox"/> 車椅子
	<input type="checkbox"/> マンション・アパート・ハイツ	<input type="checkbox"/> 歩行補助用具(杖・四点杖・歩行器・シルバーカー)
	<input type="checkbox"/> エレベーター有り	<input type="checkbox"/> トイレ(和式・洋式・ポータブル)
	<input type="checkbox"/> 玄関までに段差・階段	<input type="checkbox"/> その他特記()

現在利用の サービス	通所介護(事業所名:)	週 回
	通所リハビリ(事業所名:)	週 回
	訪問看護(事業所名:)	週 看護 回・リハビリ 回
	訪問介護(事業所名:)	週 回
	福祉用具(事業所名:)	品目:)

当てはまるにチェックを入れて下さい