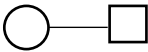


# 利用申込書

申込日:

利用者氏名:		男・女	T・S	年	月	日	
住所:	〒 - TEL:						
第1連絡先: (必須)	氏名: (続柄: ) 職業:						
	〒 - 電話番号: 携帯番号:						
第2連絡先: (必須)	氏名: (続柄: ) 職業:						
	〒 - 電話番号: 携帯番号:						
現在の生活場所	<input type="checkbox"/> 入院(病院名 磐田市立総合病院 入院日 R . . )						
	<input type="checkbox"/> 施設(施設名 入所日 R . . )						
	<input type="checkbox"/> 在宅(利用しているサービス等 )						
■介護保険証・負担割合証・負担限度額認定証のコピーを施設に預けます。							
介護保険証: (桃色)	要介護	申請中 1 2 3 4 5				負担割合証: (黄色)	1割・2割・3割
第三者行為について	<input type="checkbox"/> 交通事故による介護保険の取得である。 ※施設より市町への届出が必要となりました。				負担限度額 認定証:(青色)	無 3 2 1 段階	
障害手帳:	<input type="checkbox"/> 受給なし		<input type="checkbox"/> 身障者手帳		<input type="checkbox"/> 療育手帳	<input type="checkbox"/> 精神障害者保健 福祉手帳	
年金受給:	<input type="checkbox"/> 受給なし <input type="checkbox"/> 国民年金 <input type="checkbox"/> 厚生年金 <input type="checkbox"/> 共済年金 <input type="checkbox"/> その他企業年金等						
利用目的:	<input type="checkbox"/> 在宅復帰 <input type="checkbox"/> 特養・老健 <input type="checkbox"/> 在宅型施設 <input type="checkbox"/> その他(入所後様子を見て検討)						
	理由: <input type="checkbox"/> ご自宅での介護が困難なため <input type="checkbox"/> リハビリを行いたい <input type="checkbox"/> 施設待機をしたい <input type="checkbox"/> 家族が働いている為 <input type="checkbox"/> その他( )						
現役時の仕事: 年金額: 万円 / 月 ( ) 限度額認定の可能性・問い合わせ				ジェノグラム:  			
病院入院中の方:(上限)							
アセスメント:							
支援相談員:							
居宅CM:							