

有料老人ホームゆうらく

利用申込書

受付番号	
------	--

居宅介護支援事業所	名称	
	担当	TEL

申込者	住所	〒			電話番号
	氏名		印	利用者との続柄	

フリガナ					生年月日	明・大・昭	年齢
利用者氏名						年 月 日	歳
保険者	市 町村	要介護度区分			認定年月日	令和 年 月 日	
		要支援	1	2	3	4	5
						令和 年 月 日	
利用者現住所	〒				電話番号		
現在の居住場所	自宅・子の家・その他 世帯主				本人・その他(/続柄)		
	老人福祉施設・老健施設・医療施設・その他				名称		
その他連絡先	第一連絡者 (/続柄)			第二連絡者 (/続柄)			
	電話番号			電話番号			
家族状況	配偶者	歳					
	子供	男 人	女 人	在宅での介護者 (/続柄)			
健康状態	現在の疾患・既往歴等						
	通院、入院歴	有・無	利用した医療機関				
年金受給状況	・老齢福祉年金				・障害者年金		
	・老齢年金				・その他		
医療受給	1. 医療保険証区分		国保・社保・共済・その他(
	2. 老人保健法医療受給者証		有・無	3. 身体障害者福祉法医療助成		有・無	
備考							

面談担当者 _____
面談日時 _____