

利用申込書

平成 年 月 日

- 介護老人保健施設ひまわり ・ ユニット型介護老人保健施設ひまわり
(入所・短期入所) (入所・短期入所)
- グループホームひまわり関金 (入所)
- グループホームひまわり昭和町 (入所)
- グループホームひまわり昭和町Ⅱ (入所)
- けあホームひまわり関金 (入居)
- ケアハウスひまわり昭和町 (入居)
- けあホームひまわり昭和町 (入居)
- ひまわりの家 (入居・短期入所)
- 高専賃ひまわり昭和町 (入居) ※ 複数申込み可

上記、施設を利用したいので次の通り申し込みます。

1. 利用者

住 所	〒 ー		
ふりがな 氏 名	(男・女)		
生年月日	明治・大正・昭和	年 月 日	(歳)
連絡先	自宅・携帯 ()	その他	

2. 申込者

ふりがな 氏名		続柄		年齢	
住所	〒 ー				
電話番号	自宅 ()	その他 ()			

3. 家族及び近親者の状況

氏 名	続柄	年齢	住所	連絡先 (電話)

介護サービス計画書作成に必要な介護認定調査表及び主治医意見書の写しを施設が市町村より提供を受けることに同意します。

平成 年 月 日 氏名 _____ 印

現在の状況

現在の居所	自宅 ・ 入院中（ 病院） ・ 他施設（ ）	
介護度	自立 申請中 ・ 支援 1 ・ 2 要介護 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5	
担当 ケアマネジャー	事業所名	
	担当者	
主治医		
医療状況	<input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> インスリン注射 <input type="checkbox"/> 中心静脈栄養 <input type="checkbox"/> カテーテル <input type="checkbox"/> その他（ ）	
認知症症状	有 ・ 無	
入所 ・ 入居 申し込み 理由	<input type="checkbox"/> 介護する者がいない為。 <input type="checkbox"/> 介護する者が「高齢」、「障害」、「疾病」等により十分な介護が困難な為。 <input type="checkbox"/> 介護している者が就労していることから、（昼間独居で常時の）十分な介護が困難な為。 <input type="checkbox"/> 介護する者の身体的、精神的負担が大きく十分な介護が困難な為。 <input type="checkbox"/> 居住環境の事情により十分な介護が困難な為。 <input type="checkbox"/> 施設や病院等から退所を求められているが自宅での介護が困難な為。 <input type="checkbox"/> 経済的負担が大きい為。 <input type="checkbox"/> その他	
その他 困っている事 施設への要望 等		

受付施設

担当者