

ハウスグリーンパーク 利用申込書

申込日：平成 年 月 日

サービス	入 所	入 所（個室・4床室）・ショートステイ（個室・4床室）		
	デイケア (週 回)	曜日	月・火・水・木・金・土・希望無し	
		入浴	無・有	送迎
利用者	(フリガナ) -----		男・女	介護度
生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日（ 歳）			
住 所	市・区・郡			
電 話	（ ）			
現在の状況	在宅・病院・施設（名称： ）			
第1連絡先	氏名	(フリガナ) -----		続柄
		（ 歳）		
	住所	〔同居〕 〔別居〕		
	連絡先	自宅（ ）	携帯（ ）	
	勤務先（ ）	名称：		
第2連絡先	氏名	(フリガナ) -----		続柄
		（ 歳）		
	住所	〔同居〕 〔別居〕		
	連絡先	自宅（ ）	携帯（ ）	
	勤務先（ ）	名称：		
ケアマネジャー	事業所：	担当者：		
	電話番号：	（ ）		
利用目的	入所	<ul style="list-style-type: none"> リハビリ（機能維持訓練） ご家族の介護休養 在宅介護困難 在宅復帰準備 住宅改修 特養入所待機 その他（ ） 		
	デイケア	<ul style="list-style-type: none"> リハビリ（機能維持訓練） ご家族の介護休養 外出の機会 		
出身地		職 歴		
趣味・特技		性 格		

利用申込書

(2枚目)

既往歴	病名	入院	通院	医療機関名	期間
家族構成	氏名	続柄	年齢	職業	電話番号
				同居・別居	
				同居・別居	
				同居・別居	
				同居・別居	
				同居・別居	
家屋	持家・借家・一軒家・集合住宅 (階 / エレベーター 有 ・ 無) 居住スペース 階				

※入所・ショートステイご希望の方は、以下もご記入ください。

障害者手帳	無 ・ 有 (種 級)
負担限度額認定証	無 ・ 有 (第 段階)
負担割合	割
収入	年金 (国民 ・ 厚生 ・ 共済 ・ 障害 ・ 遺族) 円/月 その他 円/月 ; 家族援助 円/月
利用開始日 (入所予定日)	月 日頃までに ・ いつでも構わない ・ すぐにでも
退所後の予定	・ 在宅復帰 (利用するサービス) ・ 施設利用 (検討先施設: 病院 ・ 老健 ・ グループホーム ・ 有料老人ホーム) ・ 未定
特養申込み	未 ・ 済 (施設名:)
家族希望 ・ 特記事項等	