

株式会社 加治川の里 利用申込書				申 込 日		受 付 日		受付担当者		
*ご希望の施設(事業所)に ○印 をご記入下さい										
認知症対応型共同生活介護 介護予防認知症対応型共同生活介護 ＜新 発 田 市 地 域＞ グループホーム加治川の里 様 グループホームつきおか 様					認知症対応型共同生活介護 介護予防認知症対応型共同生活介護 ＜村 上 市 地 域＞ グループホーム上海府 様 グループホームあらかわ 様					
申 込 者 (連絡先)	ふりがな					申 込 日				
	氏 名	Ⓔ								
	住 所	〒 □ 持家 □ 借家				続柄	生年月日			
	電話番号	自 宅 携 帯 勤 務 先	() () ()			職業(勤務先)				
利用希望者		ふりがな				性別	生 年 月 日 (年 齢)			
		氏 名				男 ・ 女	M T S	年 月 日 ()		
現 住 所		〒					□ 持家 □ 借家			
電話番号		() —								
介護保険		被保険者番号				保険者名				
自立～要介護度の 該当に○印		自 立	申 請 中	要支援1	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
介護度の認定期間		年 月 日			～	年 月 日				
健康保険		種 別				番 号				
年 金		種 別				支給年額				
障害者手帳 等		種 別				障害の級				
現在の状況		1	自 宅	世帯状況	1人暮らし 65歳以上の高齢者2人暮らし その他 同居者 人		主介護者	現在利用しているサービス		
		2	入院中	病院名 科 名	病 名 入院日		年 月 日			
		3	施設入所中	施設名			入所日	年 月 日		
その他		(利用希望の理由や介護で特に困っておられることなどをご自由にご記入下さい)								

担当介護 支援専門員	事業所名			
いる いない	氏 名			
	電話番号	()	—	

(申込者が身元引受人と同一人の場合はご記入不要です)

身 元 引 受 人	住 所	〒			☐ 持家 ☐ 借家
	ふりがな		入居者との続柄	生 年 月 日	
	氏 名				
	電話番号	自 宅 () 携 帯 勤 務 先 ()	職業(勤務先)		

(料金をお支払いされるご予約の方に ○印 をご記入下さい)

	1	利用希望者様 (ご本人様)
	2	身元引受人様
	3	その他の方 (複数様も可)

同居のご家族

氏 名	続 柄	生年月日	職業(勤務先)

同居していない扶養支援者

氏 名	続 柄	生年月日	住 所	職業(勤務先)

説 明 確 認 及 び 情 報 収 集 に 係 る 同 意	私は、貴施設(事業所)への利用申込みに際し、利用申込みから利用契約までの手続き及び利用順位の決定方法について施設(事業所)から説明を受けました。 なお、貴施設(事業所)が利用順位決定のため必要な範囲内において、わたし(利用希望者及びその家族)に関する情報を、市町村、担当居宅介護支援事業所、他の介護保険施設及び医療機関から収集することに同意します。 年 月 日 利用希望者 利用希望者の家族 (印) (印)
---	--

利用希望者様の生活状況について（該当する状況に ○印 をご記入下さい）

	No	項 目	生 活 状 況			特 記 事 項
日常生活に関する事項	1	移 動	自立 車椅子	（ 独歩 ・ 杖 ・ 歩行器 ） （ 自操 ・ 介助 ）		
	2	食 事	自立	一部介助	全介助	経管栄養
	3	排 泄	自立	（ トイレ ・ ポータブル ）		
			一部介助	（ トイレ ・ ポータブル ）		
			全介助	（ トイレ ・ ポータブル ・ 便尿器 ）		
			オムツ			
	4	入 浴	自立	一部介助	全介助	
	5	着脱衣	自立	一部介助	全介助	
	6	起 座	自立	一部介助	全介助	不可
7	寝返り	自立	一部介助	全介助	不可	
心身に関する事項	8	移乗動作	自立	一部介護		
	9	立ち上がり	自立	一部介護	全介助	
	10	視力障害	無	弱視 （ 右 ・ 左 ）		全盲
	11	聴力障害	無	やや難聴 （ 右・左 ）		難聴
	12	言語障害	無	少し不自由	不自由	
	13	会 話	無	普通	どうにか可	不可
	14	歯の障害	無	一部入れ歯	総入れ歯	
	15	失 禁	無	有		
	16	床ずれ	無	有 （ 部位		）
	17	徘徊	無	居室内	屋内	屋外
	18	認知症	無	有 （軽度 ・ 中度 ・ 重度）		
19	麻 痺	無	有 部位（右・上、下肢 左・上、下肢）			
20	拘 縮	無	有 部位（右・上、下肢 左・上、下肢）			

疾病に関する事項	現病	発症年月日	傷病名	特記事項
	既往病			

お願い	本利用申込書に記載した事項に変更があった場合、あるいは他の特別養護老人ホーム等を利用した場合は必ず当社各施設（事業所）にご連絡願います。			
	＜連絡先＞			
	施設（事業所）名	電話番号	郵便番号	住所
	グループホーム加治川の里	0254-21-3470	959-2426	新発田市向中条 2843番地 1
	グループホームつきおか	0254-32-1050	959-2335	新発田市本田丁 1446番地 7
	グループホーム上海府	0254-50-3570	958-0003	村上市吉浦 1074番地 2
グループホームあらかわ	0254-62-1231	959-3122	村上市大津3689番地1	

＊ ご記入頂いた情報はご利用判定の目的以外には使用せず、適切に使用させていただきます。