

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

介護付有料老人ホーム (一般型特定施設入居者生活介護)	
<input checked="" type="radio"/>	ウェルハート加治川の里 様
<input type="radio"/>	ウェルハート阿賀野 様

申込者 (連絡先)	ふりがな	せいろう たろう		申込日	令和4年1月1日	
	氏名	聖籠 太郎		続柄	生年月日	
	住所	〒 950-0911	<input checked="" type="checkbox"/> 持家 <input type="checkbox"/> 借家	長男	昭和33年3月3日	
	電話番号	自宅 (025)201-2001 携帯 090-1111-2222 勤務先 (025)234-5001	職業(勤務先)		新潟商会(株)	

ふりがな 利用希望者 氏名	せいろう はなこ		性別	生年月日 (年齢)					
	聖籠 花子		男・ <input checked="" type="radio"/> 女	M T S	8年8月8日 (88)				
現住所	〒 957-0105 北蒲原郡聖籠町次第浜1-1-1		<input checked="" type="checkbox"/> 持家 <input type="checkbox"/> 借家						
電話番号	( 0254 ) 22 - 2323								
介護保険	被保険者番号	12345678		保険者名	聖籠町				
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 <input checked="" type="radio"/>	要介護2 <input type="radio"/>	要介護3 <input type="radio"/>	要介護4 <input type="radio"/>	要介護5 <input type="radio"/>
介護度の認定期間	令和 2 年 4 月 1 日		~	令和 3 年 3 月 31 日					
健康保険	種別	後期高齢者医療保険		番号	87654321				
年金	種別	国民年金		支給年額	約80万円				
障害者手帳等	種別			障害の級					
現在の状況	<input checked="" type="radio"/> 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	聖籠 花代(長男妻) 現在利用しているサービス デイサービス、ショートステイ		
	2	入院中	病院名	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) 一人暮らしだが認知症があり、主介護者は孫の面倒を見なければならず、今の生活を続けていく事が難しい。								

担当介護支援専門員	事業所名	株式会社 加治川の里	
<input checked="" type="radio"/> いる	氏名	加治川 里子	
<input type="radio"/> いない	電話番号	( 0254 ) 21 - 3460	

(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	〒		<input type="checkbox"/> 持家 <input type="checkbox"/> 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定の方に ○印 をご記入下さい)

<input checked="" type="radio"/>	1	利用希望者様 (ご本人様)
<input type="radio"/>	2	身元引受人様
<input type="radio"/>	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)
聖籠 太郎	長男	S33.3.3	新潟市中央区笹口1-2-3 駅南マンション405号	新潟商会(株)
聖籠 花代	長男妻	S32.4.4	同上	無職
聖籠 次郎	次男	S35.9.9	聖籠町次第浜5-5-5	聖籠産業(株)

情報 収集 に係る 同意 及び 説明 確認	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。 4年1月1日 利用希望者 聖籠 花子 利用希望者の家族 聖籠 太郎

※裏面あり

(R4.1.1)

利用希望者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	
			自立	一部介助	全介助	経管栄養		
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 一部介助 全介助 オムツ				(トイレ・ポータブル) (トイレ・ポータブル) (トイレ・ポータブル・便尿器)	ズボン上がりきらない事がある為、手伝いが必要。 汚れたパットをトイレに捨てる事がある。
	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		
	8	移乗動作	自立	一部介助	全介助			
	9	立ち上がり	自立	一部介助	全介助			
心身に関する事項	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	どうか可	不可		
	14	歯の障害	無	一部入れ歯	総入れ歯			自歯なし
	15	失禁	無	有				
	16	床ずれ	無	有 (部位)				
	17	徘徊	無	居室内	屋内	屋外		散歩に行くと戻ってこれない事がある。
	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)				

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
	ウエルハート加治川の里	0254-20-7555	957-0105	北蒲原郡聖籠町大字次第浜5407番地
ウエルハート阿賀野	0250-47-4703	959-2047	阿賀野市上中93番地	

\* 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。

疾病に関する事項	現病	発症年月日	傷病名	特記事項
		H27.6 不明	認知症 高血圧	
既往病	S50.8	子宮筋腫	新発田病院で手術	