

介護老人保健施設 にじの丘足柄 利用申込書

- ☐ 入所 ☐ 短期入所（ショートステイ）
☐ 通所リハビリ ☐ 訪問リハビリ

申請日	年 月 日
利用区分	☐ 新規利用
	☐ 再利用（ 回目）

利 用 希 望 者	フリガナ		男 ・ 女	明治 大正 昭和	年 月 日 生	
	氏 名				(歳)	
	住 所	〒 - TEL ()				
	現在の居場所	☐ 自宅 ☐ 病院（名称： ） ☐ 他施設（名称： ） ☐ その他（ ）				
	要介護区分	☐ 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				
	有効期間	年 月 日～ 年 月 日		☐ 申請中 ☐ 区分変更中（申請日 年 月 日）		
	居宅・病院	担当 ケアマネ・ワーカー名	事業所名	TEL ()		
	健康保険証	☐ 後期高齢者医療 ☐ 国保 ☐ 社保 ☐ 生活保護（担当ワーカー名 ）				
	身体・精神障害者手帳	☐ 無 ☐ 有（ 種 級 障害名： ）				
	その他 保険者証	☐ 無 ☐ 有（ ☐ 県障 ☐ 自立支援医療【更生・精神】 ☐ 特定疾病 ）				
介護保険負担額認定証	☐ 無 ☐ 申請中 ☐ 有（ ☐ 第1段階 ☐ 第2段階 ☐ 第3段階 ）					
収入（年金など）	☐ 国民年金 ☐ 厚生年金 ☐ 共済年金 ☐ 遺族年金 ☐ その他（ ） 1ヶ月 円 くらい					
申 込 者	フリガナ	男 ・ 女	年齢	続柄	職業	
	氏 名					
	住 所	〒 -	自宅	()		
		携帯	()			
緊 急 時 連 絡 先	氏名	続柄	年齢	同居 別居	住所	電話番号
	(□申請者と同じ)				〒 -	自宅 ()
	①					携帯 ()
	②				〒 -	自宅 ()
						携帯 ()
家族構成 ※子供や緊急連絡先になる親族等を記入		ご家族の在宅状況		現在利用中のサービス		
※本人は ☐ ☒ ☐		☐ 家族が必ず在宅		☐ デイサービス（事業所名： 週 回） ☐ デイケア（事業所名： 週 回）		
◎か、回		☐ とときどき一人になる		☐ 訪問介護（事業所名： 週 回） ☐ 訪問看護（事業所名： 週 回）		
		☐ 日中ほとんど一人		☐ ショートステイ（事業所名： 月 回） ☐ 福祉用具（事業所名： ）		
□男性 ○女性 / 同居者を囲って下さい		☐ 独居のため誰もいない		（車いす・歩行器・シルバーカー・杖・ベッド・その他 ） ☐ その他		

	通所リハ	利用回数	☐ 週に1回 ☐ 週に2回 ☐ 週に3回 (希望曜日:)	
		入浴希望	☐ 入浴あり ☐ 入浴なし	
		利用時間	☐ 1日 ☐ AM半日(お風呂あり・リハビリあり) ☐ PM半日(お風呂なし・リハビリあり)	
	ショートステイ	希望理由	☐ 介護者の休養 ☐ リハビリ ☐ その他 ()	
		希望部屋	☐ 従来型個室 ☐ 多床室 ☐ どちらでもよい	
		希望期間	☐ / ~ / 日間) ☐ いつでもよい(約 日間)	
		定期利用	☐ 定期的に利用希望 (約 ヶ月毎) ☐ 今回のみ利用希望 ☐ 必要時に利用	
	入所	希望理由	☐ リハビリ ☐ 介護者の休養 ☐ 在宅生活の継続困難 ☐ その他 ()	
		入所形態	☐ 一般入所 (今回のみ) ☐ 在宅復帰希望(数か月毎の定期利用)	
		希望部屋	☐ 多床室 ※(多床室に空きがない場合 ☐ 個室可 ☐ 短期であれば可) ☐ 従来型個室 ☐ どちらでも	
		開始時期	☐ すぐに利用したい ☐ 年 月 頃から ☐ 退院後 / 頃から	
		申請中の施設	☐ 申し込んでいる ☐ していない ☐ これから申し込む	
			☐ 介護老人保健施設 (ヶ所) ☐ 特別養護老人ホーム (ヶ所) ☐ 有料老人ホーム ☐ その他 () 施設名 ()	
	リハビリ実施について望む事(具体的にご記入ください) ※必須 ●ご本人の希望 ●ご家族の希望			

ご本人の生活状況などをご記入ください

趣味や特技	職業	性格	飲酒
			喫煙

※入所をご希望の方のみ、下記の項目は必ずご記入ください

在宅復帰に関して	在宅復帰をする為の課題	☐ 本人の身体、認知機能 ☐ 家族の介護力 ☐ 住宅の構造上
		(具体的な内容:)
		☐ その他 ()
	どのような状態であれば暮らせるか	☐ 歩けるようになってから ☐ トイレが自分でできる ☐ 食事が自分でできる
		☐ 安定した体調で過ごせる ☐ 身の回りのことができる (内容:)
		☐ その他 ()

同意書	介護保険施設への入所順位決定のため必要な範囲において、入所希望者と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提供することに同意します。
	年 月 日
	入所希望者氏名 _____ ㊞ 申込者氏名 _____ ㊞

記入例

介護老人保健施設 にじの丘足柄 利用申込書

- ☒ 入所 ☒ 短期入所（ショートステイ）
☐ 通所リハビリ ☐ 訪問リハビリ

申請日	2025年5月1日
利用区分	☒ 新規利用 ☐ 再利用（ 回目）

利用者希望者	フリガナ	にじの たろう		男	明治	10年10月10日生	
	氏名	虹野 太郎		女	大正 昭和	(× × 歳)	
	住所	〒250 - 0113 南足柄市岩原 × × × TEL 0465 (70) 2222					
	現在の居場所	☐ 自宅 ☒ 病院（名称：丹羽病院） ☐ 他施設（名称： ） ☐ その他（ ）					
	要介護区分	☐ 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					
	有効期間	令和 × 年 × 月 × 日 ~ × 年 × 月 × 日				☐ 申請中 ☐ 区分変更中（申請日 年 月 日）	
	居宅・病院	担当 ケアマネ・ワーカー名		事業所名		TEL () —	
	健康保険証	☒ 後期高齢者医療 ☐ 国保 ☐ 社保 ☐ 生活保護（担当ワーカー名 ）					
	身体・精神障害者手帳	☒ 無 ☐ 有（ 種 級 障害名： ）					
	その他 保険者証	☒ 無 ☐ 有（ ☐ 県障 ☐ 自立支援医療【更生・精神】 ☐ 特定疾病 ）					
介護保険負担額認定証	☐ 無 ☐ 申請中 ☒ 有（ ☐ 第1段階 ☐ 第2段階 ☒ 第3段階 ）						
収入（年金など）	☐ 国民年金 ☒ 厚生年金 ☐ 共済年金 ☐ 遺族年金 ☐ その他（ ） 1ヶ月 × × × × × 円 くらい						
申込者	フリガナ	にじの はなこ		男	年齢	続柄	職業
	氏名	虹野 花子		女	× ×	× ×	× ×
	住所	〒 250 - 0113 南足柄市岩原 × × ×		自宅	× × × × (× ×) × × × ×		
				携帯	× × × × (× ×) × × × ×		
緊急時連絡先	氏名	続柄	年齢	同居 別居	住所	電話番号	
	(□申請者と同じ)	長男	× ×	同居	〒 — 同上	自宅	()
	① 虹野 次郎					携帯	× × × (× × × ×) × × × ×
	②				〒 —	自宅	()
家族構成	※子供や緊急連絡先になる親族等を記入 □ — — ○ ※本人は ◎か、回				ご家族の在宅状況	現在利用中のサービス	
	☐ 家族が必ず在宅 ☐ とときどき一人になる ☒ 日中ほとんど一人 ☐ 独居のため誰もいない				☐ デイサービス（事業所名： 週 回）		
					☐ デイケア（事業所名： 週 回）		
					☐ 訪問介護（事業所名： 週 回）		
					☐ 訪問看護（事業所名： 週 回）		
					☒ ショートステイ（事業所名： にじの丘足柄月3回）		
				☐ 福祉用具（事業所名： ）			
				(車いす・歩行器・シルバーカー・杖・ベッド・その他)			
				☐ その他			

通所リハ	利用回数	☐ 週に1回 ☒ 週に2回 ☐ 週に3回 (希望曜日:)	
	入浴希望	☒ 入浴あり ☐ 入浴なし	
	利用時間	☐ 1日 ☒ AM半日(お風呂あり・リハビリあり) ☐ PM半日(お風呂なし・リハビリあり)	
ショートステイ	希望理由	☒ 介護者の休養 ☒ リハビリ ☐ その他 ()	
	希望部屋	☐ 従来型個室 ☐ 多床室 ☒ どちらでもよい	
	希望期間	☐ / ~ / 日間) ☒ いつでもよい(約 5 日間)	
	定期利用	☒ 定期的に利用希望 (約 ヶ月毎) ☐ 今回のみ利用希望 ☐ 必要時に利用	
入所	希望理由	☐ リハビリ ☒ 介護者の休養 ☐ 在宅生活の継続困難 ☐ その他 ()	
	入所形態	☐ 一般入所 (1回のみ) ☒ 在宅復帰希望(数か月の定期利用)	
	希望部屋	☒ 多床室 ※(多床室に空きがない場合 ☐ 個室可 ☒ 短期であれば可) ☐ 従来型個室 ☐ どちらでも	
	開始時期	☒ すぐに利用したい ☐ 年 月 頃から ☐ 退院後 / 頃から	
	申請中の施設	☒ 申し込んでいる ☐ していない ☐ これから申し込む	
		☐ 介護老人保健施設(ヶ所) ☒ 特別養護老人ホーム(1 ヶ所) ☐ 有料老人ホーム ☐ その他() 施設名()	
リハビリ実施について望む事(具体的にご記入ください)※必須			
●ご本人の希望		●ご家族の希望	
トイレに行きたい		1人でトイレに行けるようになってほしい	
散歩に行きたい		一緒に散歩に行きたい	
買い物に行きたい			

ご本人の生活状況などをご記入ください

※入所をご希望の方のみ、下記の項目は必ずご記入ください

介護保険施設への入所順位決定のため必要な範囲において、入所希望者と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提供することに同意します。

年 月 日

入所希望者氏名 _____ (印)

申込者氏名 _____ (印)