

【 社会福祉法人 大樹会 利用申請書（共通） 】

受付日時	令和	年	月	日	曜日	:		No.	
------	----	---	---	---	----	---	--	-----	--

対象者氏名		性別	男・女	生年月日	T・S	年	月	日生（	歳）
住 所	県	市・郡		連絡先	—	—			

相談者氏名		続柄	本人・家族（	）・その他（	）
住 所	県	市・郡		連絡先	— —

該当	認定情報										
	認定済	要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5				認定日	平成・令和 年 月 日				
						満了日	令和 年 月 日				
	区分変更中	申請日	平成・令和	年	月	日	現在	要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5			
	申請中	申請日	平成・令和	年	月	日	介護保険被保険者番号				
	居宅介護支援届出無		介護保険サービスセンターメルヘンの担当希望（無・有）								
	居宅介護支援届出有		事業所					担当者			

該当	現在の状況									
	在宅生活中	サービス利用（無・有）			事業所名称					
	入院中	医療機関					平成・令和 年 月 日～			
	入所中	施設					平成・令和 年 月 日～			
	その他									

事業所名称	種別	希望順位				
		1位	2位	3位	4位	5位
介護老人福祉施設シルバーランドメルヘン	多床室					
地域密着型介護老人福祉施設シルバーランドメルヘン	個 室					
介護老人福祉施設共生の里メルヘン	個 室					

該当	他施設申請の状況									
	他施設入所申請予定	施設名					令和 年 月 頃			
							令和 年 月 頃			
	他施設入所申請中	施設名					平成・令和 年 月 頃			
							平成・令和 年 月 頃			

受付者	所属		職種		氏名		㊞
-----	----	--	----	--	----	--	---

身元保証人	氏名		続柄
	住所	〒	TEL(自宅)
			TEL(携帯)

年金種類	(万円/ 月)
------	--

かかりつけ医	(通院・往診 回/ 週 ・月)
--------	---------------------------------------

	氏 名	年 齢	続 柄	同居・別	介護困難事情
主介護者					

(介護者の意見を記入して下さい)

同意書(本人又はご家族)

介護保険サービスの円滑な運営を支援するため、大分県または県内市町村から要請があった場合はこの入所申込書の内容を情報提供することに同意します。

令和 年 月 日 氏名 印

(担当ケアマネジャーさん等が記入して下さい。)

認知症高齢者自立度Ⅰ・Ⅱa・Ⅱb・Ⅲa・Ⅲb・Ⅳ・Ⅴ		障害高齢者自立度J・A1・A2・B1・B2・C
歩 行	自立・付き添い・一部介助・全介助	(特記)
移 動	自立・見守り・一部介助・全介助	
排 泄	自立・見守り・一部介助・全介助	
食 事	自立・見守り・一部介助・全介助	
入 浴	自立・見守り・一部介助・全介助	
視 力	健常・少し難・大きく難・不可	
聴 力	健常・少し難・大きく難・不可	
言 語	健常・少し難・大きく難・不可	
理解力	有り・無し・部分的有り	
周辺症状	無し・徘徊・不潔・暴力・暴言・異食・昼夜逆転・その他()	
医療行為	経管栄養・酸素療法・人工肛門・尿カテーテル・インシュリン・褥瘡・その他()	