

社会福祉法人中東福祉会  
小規模多機能型居宅介護

# 幸老 吉清水 利用申込書

受付番号

令和 年 月 日

申請者氏名 ⑩ 続柄

申請者住所

電話番号 - - 携帯 - -

フリガナ		生年月日	T・S	年	月	日
利用者氏名		性別	男・女	年齢		才
住所	〒 新潟県五泉市 電話番号 - -					

## 介護保険被保険者証記載事項等

要介護状態区分		認定の有効期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日
保険者の名称		担当介護支援専門員	事業所名 担当者名

## 介護の状況等

世帯構成	独居世帯 ・ 高齢者のみ世帯 家族同居世帯 ・ その他 ( )	主介護者	氏名 続柄
食事の状況	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助	アレルギー	有 ・ 無
排泄の状況	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助	排泄用品	
入浴の状況	自宅で入浴 ・ 介護サービスで入浴	1週間の入浴回数	回
歩行の状況	独歩 ・ 補助具使用 ( ) ・ 車いす使用		
現在利用中のサービス	デイサービス	ショートステイ	訪問介護 (ヘルパー)
	事業所名	事業所名	事業所名
	利用頻度	利用頻度	利用頻度
	福祉用具貸与	訪問看護	その他
	事業所名	事業所名	事業所名
品目	利用頻度	内容	
医療的処置の有無	有 ・ 無 処置の内容 ( )	認知症の有無	有 ・ 無
		認知症高齢者自立度	
現在の困りごと			

園長	次長	係長	受付者