

# 利用申込書 (入所 / 短期入所)

※介護予防含む

令和 年 月 日( )

ふりがな			生年月日	明・大・昭 年 月 日		
利用者氏名			年齢	満 歳	性別	男・女
住所	〒 - 電話 ( ) -					
介護保険利用資格	新規申請中・更新中・区分変更中 要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5					
	保険者	被保険者番号				
	認定年月日	H・R 年 月	認定の有効期間	H・R 年 月 日 ~ H・R 年 月 日		
保険種別	介護保険負担限度額認定証 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 利用者負担段階 ( ) 段階					
	<input type="checkbox"/> 後期高齢者医療被保険者証		<input type="checkbox"/> 共済保険 (本人・家族)		<input type="checkbox"/> 高齢受給者証	
	<input type="checkbox"/> 社会保険 (本人・家族)		<input type="checkbox"/> 生活保護			
現在の状況	<input type="checkbox"/> 国民保険 (本人・家族) <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 (申請中・ ) 級					
	<input type="checkbox"/> 自宅 (一人暮らし・夫婦で生活・家族と同居)					
	<input type="checkbox"/> 入院中 ( ) 病院/病名 ) ※ 年 月 日から入院中					
現病歴	<input type="checkbox"/> 入所中 (老健 有料老人ホーム サービス付高齢者向け住宅 グループホーム その他)					
	施設名 ( ) ※ 年 月 日から入所中					
	内服薬 (有・無) 種類					
かかりつけ医療機関名			診療科目	科	主治医	
居宅介護支援事業所	事業所名:					
	担当ケアマネジャー:				電話	( ) -
利用目的	<input type="checkbox"/> リハビリ目的 <input type="checkbox"/> 施設待機 <input type="checkbox"/> 心身状態 <input type="checkbox"/> 住宅環境					
	<input type="checkbox"/> 介護者理由					
	<input type="checkbox"/> その他 ( )					
退所予定先	<input type="checkbox"/> 在宅 <input type="checkbox"/> 他の家族と同居 <input type="checkbox"/> 施設を希望 ( ) <input type="checkbox"/> その他 ( )					
ふりがな			続柄			
申込者氏名	(印)					
申込者住所	〒 -		連絡先	自宅 ( ) -		
				携帯 ( ) -		
				職場 ( ) -		

## 利用希望欄

■入所、短期入所利用でお申し込みをお考えの方 ※介護予防も含む

利用形態	<input type="checkbox"/> 入所	<input type="checkbox"/> 短期入所	<input type="checkbox"/> 介護予防短期入所
居室希望	<input type="checkbox"/> 個室	<input type="checkbox"/> 4人部屋	希望月/日 令和 年 月 日 頃

備考欄			
記入者名	医療法人 恵登久会 介護老人保健施設 美富士苑		