介護老人保健施設　入舟　　入所申込書

記入日　令和　　年　　月　　日

利用者	ふりがな		男 ・ 女
	氏名		
	生年月日	T・S・H　　年　　月　　日（　　歳）	
	住所	〒	
	電話		
申込者 **連絡先①**	ふりがな		続柄
	氏名		
	生年月日	T・S・H　　年　　月　　日（　　歳）	
	住所	〒	
	電話		
	緊急連絡先（携帯・職場）		
連絡先②	ふりがな		続柄
	氏名		
	生年月日	T・S・H　　年　　月　　日（　　歳）	
	住所	〒	
	電話		
	緊急連絡先（携帯・職場）		

家族構成（同居者）	氏名	続柄	年齢	職業

申込理由	
居室形態	1. 多床室　＊4人部屋　　2. 個室　　3. どちらでも可能
経済状況	年金：有 ・ 無　年金額:　　万円／月　　種類;国民・厚生・共済・遺族・他（　　） 生活保護受給　　有（担当者　　）・ 無
医療保険	後期高齢者 ・ 国民健康保険 ・ 健康保険 ・ その他（重度心身障害者・特定疾患等） マイナンバーカード（有 ・ 無）
介護保険	介護度:　要介護 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 ・申請中（新規・変更） 負担限度額認定証：　有 ・ 無 ・ 申請中　介護保険負担割合:　1割・2割・3割 居宅介護支援事業所名 : 担当ケアマネージャー名 :　　電話:
障害者手帳	障害者手帳　有 ・ 無　（　　障害　　級）
現在の状況	1. 入院中　医療機関名:　　年　月　日～ 2. 施設入所中　施設名:　　年　月　日～ 3. 在宅　かかりつけ医: 介護保険サービス:
今後の意向	1. 在宅復帰（自宅等・グループホーム・サービス付高齢者住宅・有料老人ホーム・ケアハウス・小規模多機能） 2. 特別養護老人ホームへ入所（申請中の施設
同意書	・申込施設が担当の介護支援専門員・サービス利用事業者・入院や受診先の医療機関等から、入所判定に必要な入所申込者等の情報を受けることに同意します。 令和　年　月　日　　氏名　　続柄（　　）