

# 介護老人保健施設 入舟 利用申込書

記入日 年 月 日

<b>利用者</b>	ふりがな				<b>男 ・ 女</b>
	氏名				
	生年月日	T・S・H	年	月	日 ( 歳 )
	住所	〒			
	電話				
<b>申込者</b>	氏名			続柄	
	生年月日	T・S・H	年	月	日 ( 歳 )
	住所	〒			
	電話				
	緊急連絡先 (携帯・職場)				
<b>連絡先①</b>	氏名			続柄	
	生年月日	T・S・H	年	月	日 ( 歳 )
	住所	〒			
	電話				
	緊急連絡先 (携帯・職場)				
<b>連絡先②</b>	氏名			続柄	
	生年月日	T・S・H	年	月	日 ( 歳 )
	住所	〒			
	電話				
	緊急連絡先 (携帯・職場)				
<b>家族構成 (同居者)</b>	氏名	続柄	年齢	職業	
<b>申込理由</b>	申し込み理由をお書き下さい				
<b>居室形態</b>	1. 多床室 *4人部屋      2. 個室      3. どちらでも可能				
<b>経済状況</b>	年金: 有 ・ 無      年金の種類: 厚生・共済・国民・遺族・その他( )				
	生活保護受給: 有 ( 担当者 ) ・ 無				
<b>健康保険</b>	後期高齢者 共済(本人・家族)		社会保険(本人・家族) 重度心身障害者		国民健康保険(本人・家族) 特定疾患
<b>介護保険</b>	介護度: 申請中(更新・変更)・要介護 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5				
	負担限度額認定証: 有 ・ 無		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:	
<b>障害者手帳</b>	障害者手帳 有 ・ 無 ( 障害 級 )				
<b>現在の状況</b>	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(すべてお書き下さい): 介護保険サービス:				
<b>今後の意向</b>	1. 在宅復帰 2. 特別養護老人ホームへ入所 (申請中の施設 ) 3. その他 ( グループホーム サービス付高齢者住宅 有料老人ホーム 介護医療院 ) 4. 未定				