

介護老人保健施設 入舟 利用申込書

記入日 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	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)				
連絡先①	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)				
連絡先②	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)				
家族構成 (同居者)	氏名	続柄	年齢	職業	
申込理由	申し込み理由をお書き下さい				
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				
健康保険	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
介護保険	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:	
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(すべてお書き下さい): 介護保険サービス:				
今後の意向	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				