

介護老人保健施設利用申込書

令和 年 月 日

介護老人保健施設

さかえハートみらい 施設長 様

住所

申込者 氏名 _____

(利用者との続柄 _____)

電話 (_____) _____

私は、以下のとおり、介護老人保健施設を利用いたしたく申込みます。

利用者	ふりがな 氏名	男・女	(生年月日) 大・昭 年 月 日 (才)
	住所 〒 _____		
	電話 (_____) _____		
利用内容	1. 介護老人保健施設サービス (ロングステイ) 2. 短期入所療養介護 (ショートステイ) 3. 通所リハビリテーション (デイケア)		
利用する理由			
現在の居所	病院・施設・在宅・その他 (_____) 施設名又は病院の名 (_____)		
入所後の意向	・在宅 ・施設 (_____) ・その他 (_____) ※ロングステイ希望の場合のみ記入をお願いいたします。		
現在の要介護度	要支援 (1・2) 要介護 (1・2・3・4・5) 区分変更中 (申請日 _____ 年 _____ 月 _____ 日)		
介護保険負担 限度額認定証	<input type="checkbox"/> 1 段階 <input type="checkbox"/> 2 段階 <input type="checkbox"/> 3 段階 <input type="checkbox"/> 非該当 <input type="checkbox"/> 申請中 (_____ 月 _____ 日)		
負担割合証	<input type="checkbox"/> 1 割負担 <input type="checkbox"/> 2 割負担 <input type="checkbox"/> 3 割負担		

※裏面あり

調査票(家族構成等)

保証人	ふりがな 氏名			年齢		続柄	
	住所	〒 -		勤務先			
	電話	自宅() -		携帯() -			
身元引受人	ふりがな 氏名			年齢		続柄	
	住所	〒 -		勤務先			
	電話	自宅() -		携帯() -			
家族構成	氏名	続柄	年齢	住居区別	備考 (別居者の住所、主介護者など)		
				同・別			
				同・別			
				同・別			
				同・別			
				同・別			
				同・別			
経済状況	年金	有・無 月平均 万円		・国民・恩給 ・厚生年金(・老齢・障害・遺族)			
	他収入	有・無 月平均 万円		住居	・持家・家族所有・借家		
ご利用の居宅介護 支援事業所		事業所名 _____ 担当ケアマネージャー _____					
特記事項							