## 利用申込書(入所 ・ 短期入所 ・ 通所リハビリ)

年 月 日

	ふりがな		男		口大	正 口昭和
利用者 (本人)	氏名		•	生年月日	<del>_</del>	
		<del>-</del> -	女		年 月 電話番号	月 日( )歳
	住所					_
現在の状況		口自宅:かかりつけ医(				)
		□入院中:病院名 ( )			期間(年	月 日 ~ )
		□施設入所中:施設名( )			期間(年	月 日 ~ )
介護保険情報		□要支援(1・2) □	]申請中	認	定日	
		□要介護(1・2・3・4・5)			年	月 日
		口自己負担割合(割・不明) 有効			効期間	
		口負担限度額 (第 段階	)口非	該当	年 月	日~ 年 月 日
保険種別		□健康保健 ( 国保 ・ 社	上保 ・ 後期高	齢者 )		
		□障害手帳の有無 □ なし・□ あり (身体・精神・知的)				
		□ 国民年金 □ 厚生年金 □ 障害年金 □ 生活保護 □その他( )				
居宅介護支援事業所		事業所名 :				
		担当ケアマネジャー名:			号:( )	_
連絡先①	ふりがな			続柄	自宅 :	
	氏名				携帯 : 勤務先名:	
					勤務先番号:	
	住所	〒 −				
連絡先②	ふりがな			続柄	自宅 :	
	氏名				携帯:	
	八石				勤務先名: 勤務先番号:	
	住所	T –				
	12771	'''				
	Д 4		一	初一个		
家族構成						
住宅環境	ŧ		見取り	り図		
□ 形態						
一戸建てマンション公営住宅アパート高齢者専用住宅						
口居	室	加州台等用住七				
( 階建て 階) エレベーター(有・無)						
和式 洋式 ポータブルトイレ 無 □ 浴 室						
<u> </u>						
	浴 通所サービス その他					
口改作						
有 · 退所後		□自宅を希望				
		□施設を希望(申請:済み・	未 )申請	先施設名:		
★ 人所希望 様のみご言	のご利用者 記入下さい	口自宅と施設入退所の繰り返し				
		口その他				