

# 介護老人保健施設利用申込書

平成 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	(生年月日) 明・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. 介護予防短期入所療養介護 (ショートステイ) 4. 通所リハビリテーション (デイケア) 5. 介護予防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( _____ ) 施設又は病院の名称( _____ )	
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 平成 年 月 日)	
介護保険証の番号	被保険者番号	
	保険者の名称及び番号	
現在の介護保険認定有効期間	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日	
<input type="checkbox"/> 生活保護受給者	<input type="checkbox"/> 介護保険負担限度額認定証有り ( 1・2・3 ) 段階	
負担割合証	<input type="checkbox"/> 1割負担 <input type="checkbox"/> 2割負担	

# 調査票(家族構成等)

利用者	ふりがな 氏名 ( 男 ・ 女 )					
保証人(身元引人)	ふりがな 氏名		年齢		続柄	
	住所	〒 _____			勤務先	TEL ( )
	電話	自宅( ) _____	携帯( ) _____			
その他連絡先	ふりがな 氏名		年齢		続柄	
	住所	〒 _____			勤務先	TEL ( )
	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・厚生年金 (老齢・障害・遺族) ・ 恩給			
	他収入	有 ・ 無 月平均 _____ 万円	住居	持家・借家・その他 ( )		
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						