

介護老人保健施設 ふれあいの百合 利用申込書

利用者	ふりがな		男・女	生年月日	大 昭 年 月 日(才)		
	氏名						
	住所	(〒 -)	県・都・府・道	電話	() -		
健康保険証	社保 ・ 国保 ・ 共済 ・ 後期高齢者(割負担) ・ その他()						
介護保険証	有 ・ 申請中 ・ 区分変更中		介護度区分	要支援 1・2 要介護 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5			
	負担割合	1割 ・ 2割 ・ 3割	有効期間	年 月 日 ~ 年 月 日			
介護保険負担限度額証	無 ・ 有 (食費 300円 ・ 390円 ・ 650円)			生活保護受給	無 ・ 有		
身体障害者手帳	無 ・ 有 (種 級 障害名:)						

緊急連絡先	ふりがな		続柄	勤務先	電話 () -		
	①氏名				自宅電話	() -	
	住所	〒			携帯電話	() -	
	ふりがな		続柄	勤務先	電話 () -		
②氏名				自宅電話	() -		
住所	〒			携帯電話	() -		

利用希望理由	
--------	--

利用のご希望について	入所 (長期・短期)	期間: (約 日 ・ 1ヶ月~3ヶ月 ・ 3ヶ月以上)					
	通所リハビリ	居室: ① 個室(別途差額1日4,000円+税) ② 4床室 ③ 個室→4人床			曜日: 月・火・水・木・金		
		サービス内容: 入浴・リハビリ・送迎					

家族構成	氏名		続柄	年齢	職業	氏名		続柄	年齢	職業	
		同居 別居					同居 別居				
		同居 別居					同居 別居				
		同居 別居					同居 別居				

主治医	医療機関名		科名		医師名	
-----	-------	--	----	--	-----	--

現在の状況	① 自宅: 主介護者					
	居宅事業所名		連絡先		担当ケアマネ	
	② 年 月 日より、			病院・施設: 担当相談員名		

現在の介護保険サービス利用状況	訪問介護 ・ 訪問看護 ・ 訪問入浴 ・ 通所介護 ・ 通所リハビリ ・ 短期入所 福祉用具 ・ その他()
-----------------	--

今後の希望	① 自宅 ② 施設 ・ 申込み先() ③ 未定(施設入所中に検討) ④ その他()
-------	--

施設記入欄	【申込み】 年 月 日 【契約書説明】 済 ・ 未 【友の会】 有 ・ 無
	【待機】 年 月 日 【キャンセル】 年 月 日 理由: