

介護老人保健施設 葵の園・川崎南部 利用申込書

医療法人社団 葵会

平成 年 月 日

介護老人保健施設 葵の園・川崎南部 施設長殿

申請者住所

申請者氏名

印

本人との続柄

私(次の者)は、介護老人保健施設 葵の園・川崎南部を利用したいので、次の通り申請致します

フリガナ 利用者氏名		生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日 歳			
住所	〒					
電話番号						
希望内容	1. 入所 2. 短期入所 3. 通所リハビリテーション(デイケア) 利用希望時期 平成 年 月 頃より					
申請理由						
退所後の 予定	1. 自宅(予定日:平成 年 月 日) 2. 病院(名称: 病院) 3. 施設入所申請中(申請日:平成 年 月 日) = 施設種別() 4. その他()					
現在の 状況	1. 在宅 2. 病院(名称: 病院) 3. 施設(名称:) 4. その他()					
介護保険 の種別	要介護認定区分(申請中・要介護1・要介護2・要介護3・要介護4・要介護5)(要支援1・要支援2) 被保険者番号() 認定年月日 (平成 年 月 日) 有効期間 (平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日)					
保険の 種別	国保・社保・生保 保険者番号()記号・番号() () 高齢者医療保険 保険者番号()被保険者番号()					
身体障害者 手帳	無・有(障害名:) 種 級 番号() 年 月 日交付					
同居 している 家族	氏 名	年 齢	続 柄	氏 名	年 齢	続 柄
緊 急 連 絡 先						
	氏 名	年 齢	住 所	電話番号 (自宅・携帯電話)	勤務先 電話番号	続柄
①						
②						
③						