

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 | | | | | | |