

利用申込書

医療法人社団 葵会
介護老人保健施設 葵の園・川崎南部 施設長 殿

記入日： 年 月 日

ふりがな			男・女	生年月日	大正・昭和	
利用者氏名		様			年 月 日 歳	
住所	〒 -			電話番号		
サービス内容	<input type="checkbox"/> 入所 <input type="checkbox"/> 短期入所療養介護 <input type="checkbox"/> 通所リハビリテーション 利用希望時期： <input type="checkbox"/> 急ぎ <input type="checkbox"/> 年 月 頃より <input type="checkbox"/> 未定					
申請理由						
介護保険情報	要介護認定区分（申請中・区変中）（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） 認定年月日（令和 年 月 日） 被保険者番号 <input type="text"/> 有効期間（令和 年 月 日～平成 年 月 日） <input type="checkbox"/> 介護保険負担限度額認定証（第1段階・第2段階・第3段階） 食費 円/ 居住費 円 <input type="checkbox"/> 介護保険負担割合証（1割負担・2割負担・3割負担）					
医療保険	<input type="checkbox"/> 後期高齢者医療制度 <input type="checkbox"/> 国民健康保険 <input type="checkbox"/> その他（ ） <input type="checkbox"/> 生活保護受給（窓口： 電話： 担当ワーカー名： ）					
現在の居所	<input type="checkbox"/> 在宅 <input type="checkbox"/> その他（名称： ） <input type="checkbox"/> 施設（名称： ） 入所日： 年 月 日頃 <input type="checkbox"/> 病院（名称： ） 入院日： 年 月 日頃					
現在のかかりつけ医	病院		医師名 先生			
病名・既往歴						
今後の方向性	《既に申し込んでいる施設があれば、名称を記載して下さい》 ※複数回答可 <input type="checkbox"/> 在宅 <input type="checkbox"/> 特別養護老人ホーム <input type="checkbox"/> 介護老人保健施設 <input type="checkbox"/> グループホーム <input type="checkbox"/> 有料老人ホーム <input type="checkbox"/> その他（ ）					
ふりがな		続柄	生年月日	昭和・平成	年 月 日 歳	
主介護者	①	様	住所	〒		
電話番号			携帯電話	仕事	有・無	
緊急連絡先	ふりがな氏名	続柄	年齢	同・別居	住所	電話番号 携帯番号
	②			同・別		
	③			同・別		
	④			同・別		
居宅介護支援事業所（連絡先）			担当ケアマネ			
※契約している場合のみ記入下さい			※契約している場合のみ記入下さい			
希望部屋	<input type="checkbox"/> 従来型個室 <input type="checkbox"/> 多床室(2人) <input type="checkbox"/> 多床室(4人)			希望期間	<input type="checkbox"/> 3ヶ月間 <input type="checkbox"/> 6ヶ月間	
施設に対する希望・要望	ご本人様	生活・施設内における希望				
		リハビリに対する希望				
	ご家族様	生活・施設内における希望				
		リハビリに対する希望				

※介護保険被保険者証、介護負担限度額認定証、介護保険負担割合証をお持ちの方は、写しを添えて下さい。