

介護老人保健施設 葵の園・上越 利用申込書

申 込 日 年 月 日

フリガナ 氏 名				男・女	明治 大正 昭和	年	月	日生	歳
住 所	〒 TEL ()								
希望サービス	デイケア ・ ショートステイ ・ 入 所								
要介護区分	要支援1 ・ 要支援2 ・ 要介護1 ・ 要介護2 ・ 要介護3 ・ 要介護4 ・ 要介護5								
認定の有効期間	年 月 日 ~ 年 月 日								
介護保険負担割合証	1割 ・ 2割 ・ 3割			介護保険負担限度額認定(食費額)		300円 390円 650円			該当なし
居宅/担当CM名	事業所名						ケアマネ名		
	連絡先	TEL () FAX ()							
希望の動機(なるべく詳しく)									
デイクアの場合 : 利用希望回数・曜日 (月 火 水 木 金 土) 毎週 ・ 隔週									
緊急連絡先 (ご連絡させて 頂ける順 番でご記入 下さい)	①	フリガナ 氏名 住所	続柄			自宅 TEL 携帯 勤務先() TEL			
	②	フリガナ 氏名 住所	続柄			自宅 TEL 携帯 勤務先() TEL			
	③	フリガナ 氏名 住所	続柄			自宅 TEL 携帯 勤務先() TEL			
かかりつけ医療機関名		病院名: 電話番号: 医師名()							
かかりつけ医療機関名		病院名: 電話番号: 医師名()							
現在のサービス利用状況									
利 用 希 望	☐ 1ヶ月 ☐ 3ヶ月 ☐ ()ヶ月 ☐ 個 室 ☐ 可 能 ☐ 短期可能 ☐ 不 可 能								
入所の場合 利用後について	☐ 通所リハビリテーション希望 ☐ 自宅療養 ☐ その他 ()								