

医療法人財団 桜会 葵の園 ・ 長久手 利用申込書

申込日 年 月 日

希望サービス	<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				
ご利用者	フリガナ 氏名	様	男 ・ 女	生年月日	M・T・S 年 月 日 (歳)
	住所			電話番号	
お申込者	フリガナ 氏名	様	男 ・ 女	続柄	
	住所			電話番号	
介護保険	<input type="checkbox"/> 要支援(1・2) <input type="checkbox"/> 要介護(1・2・3・4・5) <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 区分変更中				
	保険者番号			被保険者番号	
	認定の有効期間	年 月 日 ~		年 月 日	
	認定年月日	年 月 日			
	負担割合証	<input type="checkbox"/> 1割 <input type="checkbox"/> 2割 <input type="checkbox"/> 3割			
	負担限度額認定証	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (食費の負担限度額 300円・390円・650円) <input type="checkbox"/> 申請中			
医療保険	<input type="checkbox"/> 後期高齢者医療 <input type="checkbox"/> 社会保険 <input type="checkbox"/> 国民健康保険 <input type="checkbox"/> その他		生活保護	<input type="checkbox"/> 受給なし <input type="checkbox"/> 受給あり (市・町)	
緊急連絡先	①氏名	続柄 ()	住所:	電話:	携帯:
	②氏名	続柄 ()	住所:	電話:	携帯:
	③氏名	続柄 ()	住所:	電話:	携帯:
今後について	<input type="checkbox"/> 自宅復帰 <input type="checkbox"/> 施設継続 他施設申し込み 未・済(施設名) <input type="checkbox"/> 未定 <input type="checkbox"/> その他()				
施設に対する希望	ご本人様	生活に対する希望 (※意思確認困難時は未記入可)			
		リハビリに対する希望 (※意思確認困難時は未記入可)			
	ご家族様	生活に対する希望 (※必ずご記入下さい)			
		リハビリに対する希望 (※必ずご記入下さい)			