

利用申込書

医療法人社団 葵会

記入日 : 令和 年 月 日

介護老人保健施設 葵の園 施設長殿

ふりがな			男・女	生年月日	明治 ・ 大正 ・ 昭和 年 月 日 歳											
利用者氏名		様														
住 所	〒 -			電話番号												
ふりがな		続柄		生年月日	昭和 ・ 平成 年 月 日 歳											
主介護者		様														
電話番号		携帯電話			仕事	有・無										
サービス内容	☐ 入 所 ☐ 短期入所療養介護 ☐ 通所リハビリテーション 利用希望時期 ☐ 急ぎ ☐ 令和 年 月 頃より ☐ 未定															
申請理由																
介護保険情報	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） 認定年月日（令和 年 月 日） 被保険者番号 <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> 有効期間（令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日） ☐ 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															
医療保険	☐ 後期高齢者医療制度 ☐ 国民健康保険 ☐ その他（ ） ☐ 生活保護受給（窓口： 電話： 担当ワーカー名： ）															
現在の居 所	☐ 在 宅 ☐ その他(名称：) ☐ 施 設(名称：) 入所日： 年 月 日頃 ☐ 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 ☐ 在 宅 ☐ 特別養護老人ホーム ☐ 介護老人保健施設 ☐ グループホーム ☐ 有料老人ホーム ☐ その他 { }															
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										
				同・別												
				同・別												
				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	☐ 個室 ☐ 2人部屋 ☐ 多床室			希望期間	☐ 約 ヶ月間 ☐ 長期希望 ☐ 未定	
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をお持ちの方は、写しを添えて下さい。