

医療法人社団 葵会 介護老人保健施設 利用申込書

利用希望施設(複数選択可): ☐ 葵の園・仙台 ☐ 葵の園・柳生 ☐ 葵の園・仙台東 ☐ 葵の園・仙台泉
 利用希望サービスの種類(複数選択可): ☐ 入居 ☐ 短期入所療養介護 ☐ 通所リハビリテーション

令和 年 月 日

フリガナ			男・女	生年月日	明治 ・ 大正 ・ 昭和	
利用者氏名	様				年 月 日 歳	
住所	〒			電話番号	- -	
介護保険	申請中・区変中・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					
	負担割合証 : 割 / 負担限度額認定証 : 申請中・ 段階					
居宅介護支援事業所	TEL - -		担当ケアマネジャー			
医療保険	国民健康保険 ・ 後期高齢者医療保険 ・ 生活保護 ・ 他保険 ()					
障害者手帳	身体障害者 ・ 精神障害者 級 ()					
相談者 (申込者)	氏名			続柄		年齢
	住所	〒 -		電話番号	() -	
				携帯番号	() -	
	勤務先			電話番号	() -	
家族構成		氏名	続柄	年齢	職業	同居・別居
						同・別
						同・別
						同・別
						同・別
現在の居所	1. 自宅					
	2. 病院 (病院 科) 担当 :					
	3. 施設(名称:) 担当 :					
	→2、3の方 入院・入所日 : 年 月 日 退院・退所予定日 : 年 月 日					
申請理由	利用希望時期 令和 年 月 頃より					
かかりつけ医	病院名 : 主治医名 :					
既往歴 主病名	コロナワクチン予防接種: 回済(/)					

◎入居希望者の身体状況をお書き下さい。

[illegible]

◎同意書

申込に際して、以下の内容に同意します。

1. 申込者と入所希望者が異なる場合、親族・関係者の代表として申込者を入所希望者の代理人とすること。
2. 関連機関(居宅介護支援事業所・利用施設・医療機関等)に情報提供を求めること。
3. 介護保険施策の参考とするため、申込内容を行政機関(保険者である市区町村及び宮城県等)に報告すること。

令和 年 月 日 本人または代理人の氏名

※ 申込書と一緒に以下のご準備をお願い致します。

- ・介護保険被保険者証 ・負担割合証
・負担限度額認定証(該当されている方) ・お薬手帳(服薬しているお薬のわかるもの)

受付者：