

利用申込書

介護老人保健施設みどりの杜 施設長 殿

令和 年 月 日

利用者氏名		男・女	明治・大正・昭和 年 月 日生 歳					
住所	〒 - TEL ()							
申込者	氏名	様 印	続柄					
	住所	〒 - TEL ()						
現状	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 病院・施設 名称： 利用期間： 年 月 日～ 月 日 (入院・入所中)							
利用目的	<input type="checkbox"/> 機能訓練 <input type="checkbox"/> 生活の活性化 <input type="checkbox"/> 介護者の負担軽減 <input type="checkbox"/> 他施設入居待ち							
今後について	<input type="checkbox"/> 在宅 (同居・別居) <input type="checkbox"/> 施設 (未申請・申請済 名称：)							
緊急時連絡先	①	氏名	様 続柄					
		自宅住所	〒 - TEL : 携帯電話 :					
		勤務先名称	TEL :					
	②	氏名	様 続柄					
		自宅住所	〒 - TEL : 携帯電話 :					
		勤務先名称	TEL :					
家族構成	氏名	年齢	続柄	同居有無	氏名	年齢	続柄	同居有無
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 (申請日) 月 日		認定有効期間	平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで	負担限度額認定証	<input type="checkbox"/> 第1段階 <input type="checkbox"/> 第2段階 <input type="checkbox"/> 第3段階		
居宅介護支援事業者	住所：〒 - 事業者名： 担当者名： TEL : FAX :							
請求先	氏名 (続柄)							
希望居室	個室・2人部屋・4人部屋							
入所日	令和 年 月 日 () 時 分							