

# 介護老人保健施設 利用申込書 ( 長期 ・ ショートステイ )

利用希望者	フリガナ			男・女	<生年月日>		
	氏名				M・T・S	年	月
	現住所	〒 -		TEL			
介護保険情報	要介護認定	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					
	居宅介護支援事業所名				担当ケアマネ氏名		
	認定期間	平成 年 月 日 ~ 平成 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証	1段階 ・ 2段階 ・ 3段階 ・ 非該当 ・ 申請中					
医療保険情報	後期高齢者医療保険 ・ 国民健康保険 ・ 共済組合			本人の収入	1.年金	種別	月額
	船員保険 ・ その他 ( )				2.その他		
<利用の目的> ※複数回答可							
リハビリを受けたい ・ 介護者の休養 ・ 自宅の改修改築 その他 ( )							
<退所後の予定> (長期入所ご希望の場合のみ記載) ※複数回答可							
在宅 (自宅・その他 ( )) ・ 介護老人保健施設 ・ 特別養護老人ホーム 有料老人ホーム ・ その他 ( )							
希望療養室	1. テレビ・冷蔵庫付居室 (差額室料: 6,000円) 2. 差額室料なし 3. どちらでも						
利用希望期間							
現在の状況	①自宅で生活	主な介護者 ( )			続柄: ( )		
	②入院中	病院名 ( )			入院日: ( )		
	③施設入所中	施設名 ( )			入所日: ( )		
身元引受人	フリガナ			続柄	<生年月日>		
	氏名				M・T・S	年	月
	住所	〒 -		(自宅番号) (携帯番号)			
家族構成	氏名	年齢	続柄	住所	電話番号	住まい	
						同居・別居	
						同居・別居	
						同居・別居	
家屋状況	1. 状況 <input type="checkbox"/> 持ち家 <input type="checkbox"/> 借家 <input type="checkbox"/> 住宅 <input type="checkbox"/> アパート ( F ) エレベーター あり・なし <input type="checkbox"/> マンション ( F ) エレベーター あり・なし						
	2. 本人の部屋 <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない						

注1 この書類に関しては要介護認定期間のみ有効です。 注2 この申込書は入所を約束するものではありません。