

利 用 申 込 書

介護老人保健施設「もくもく」施設長殿

下記のとおり、申し込みを致します。

令和 年 月 日申込		受付No.		担当:	
利用者希望者	ふりがな			男・女	M・T・S
	氏名			年 月 日生	(歳)
	現住所	〒 -		TEL ()	
申込者	ふりがな	続柄	ふりがな	続柄	
	氏名		氏名		
	自宅住所	〒 -	住所	〒 -	
	TEL	() -	TEL	() -	
	携帯	- -	携帯	- -	
家族構成 (同居・別居)	続柄	氏名	生年月日	備考(健康状態・仕事など)	
現在の状況	1. 自宅での生活 … 主介護者() 定期受診()				
	在宅サービス利用状況()				
	2. 入院中 … 年 月 日より 病院名()				
利用理由	入院原因となった疾患()				
	3. 施設入所中 … 年 月 日より 施設名()				
	※身体的介護困難 (移動・排泄・入浴・食事・着脱)				
※認知症で介護困難 (徘徊・不眠・不穏・不潔行為・幻覚・幻聴・妄想)					
※介護者不在					
※その他 ()					
介護度	要介護	被保険者番号	保険者		
	認定日	年 月 日	有効期間	年 月 日～	年 月 日
確認事項	1. 福祉医療受給者証 (有 ・ 無) 2. 原爆手帳 (有 ・ 無)				
	3. 障害者手帳 (有 ・ 無) () 級 () 種 障害名称()				
	費用	課税世帯 ・ 非課税世帯 (負担限度額認定証 段階)			
		介護保険負担割合証 (1割 ・ 2割 ・ 3割)			
主治医		TEL:() -			
居宅介護支援事業者		担当ケアマネージャー () TEL: () -			