

利用申込書（☐ 入所 ☐ 短期入所 ☐ 通所リハビリ）

申請者

印

フリガナ			性別	年齢	生年月日	
氏名			男・女	才	(大正・昭和) 年 月 日	
住所	〒			電話		
保険種別	後期高齢者医療 社会保険 共済組合			身体障害者手帳	有 ・ 無	
年金	有 ・ 無	種別	国民年金 厚生年金 障害年金 共済年金 遺族年金 ()			
介護保険負担限度額認定証		段階		介護保険負担割合証		割
要介護度	要支援1・2 要介護 1・2・3・4・5 ・申請中			ケアマネジャー	事業所名	
	有効期間(年 月 日～ 年 月 日)				担当者	
家族構成・連絡先	(家族構成図)			連絡先①	氏名:	続柄()
					住所:	
					電話:	(自宅・勤務先・携帯)
				連絡先②	氏名:	続柄()
					住所:	
					電話:	(自宅・勤務先・携帯)
連絡先③	氏名:	続柄()				
	住所:					
	電話:	(自宅・勤務先・携帯)				
介護の状況	介護上気をつけていることなど					
かかりつけ医	通院・往診	病院名() ()科				
		病院名() ()科				
	急変時の入院希望病院	病院名() ()科				
		病院名() ()科				

※申し込みに関する情報は、施設内で情報共有されることに同意します。

利用者氏名

印