

入所申込書

介護老人保健施設
ここちの郷

入所
短期

記入日:令和 年 月 日

受付日:令和 年 月 日

| | | | | | |
|---|----------------|--|----------|---|-----------|
| 利 用 者 | フリガナ | | | 男 | 明治・大正・昭和 |
| | 氏名 | | | 女 | 年 月 日 () |
| | 住所 | 〒 一 TEL: () 一 | | | |
| | 現在の状況 | <input type="checkbox"/> 家族と暮らしている <input type="checkbox"/> 配偶者と2人暮らし <input type="checkbox"/> 1人暮らし | | | |
| | | <input type="checkbox"/> 入院中:() 入院日: 年 月 日 | | | |
| | | <input type="checkbox"/> 施設入所中:() 入所日: 年 月 日 | | | |
| | 介護保険情報 | 介護度() 令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日 | | | |
| | | 被保険者番号: | | | |
| | | 認定日 | 令和 年 月 日 | | |
| | 医療保険等 | <input type="checkbox"/> 後期高齢者保険 <input type="checkbox"/> 生活保護 <input type="checkbox"/> その他() | | | |
| <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳(種 級) <input type="checkbox"/> 介護保険負担限度額認定書 () 段階 | | | | | |
| 病歴 | | | | | |
| | | | | | |
| 居宅介護支援事業所 | 担当ケアマネ: | | | | |
| 利 用 希 望 内 容 | 希望部屋 | <input type="checkbox"/> 個室 <input type="checkbox"/> 2人部屋 <input type="checkbox"/> どちらでも良い | | | |
| | 今後について | <input type="checkbox"/> 在宅復帰 <input type="checkbox"/> 他施設 <input type="checkbox"/> その他() | | | |
| | 利用希望理由 ・要望等 | | | | |
| | | | | | |
| 申 し 込 み 者 | フリガナ | | | | 続柄 |
| | 氏名 | | | | |
| | 住所 | 〒 一 | | | |
| | 連絡先 | 自宅番号:() 一 | | | |
| | | 携帯番号:() 一 | | | |
| メールアドレス: | | | | | |