医療法人　桜希会　介護老人保健施設　利用申込書　（　入所　）

記入日：　　年　　月　　日

※申込み時に必ず提出をお願い致します

利用者	フリガナ		男・女	明　治 大　正　　年　　月　　日生まれ 昭　和　　（　満　　歳）	
	氏　名				
	住　所	〒　　－			
	TEL	自　宅		携　帯	
	介護保険被保険者証	新規申請中	要支援　1　・　2	被保険者番号	
		更　新　中	要介護 1・2・3・4・5	認定年月日	年　　月　　日
		区分変更中		有効期間	年　月　日　～　年　月　日
	負担割合証	利用者負担割合：　　割		適用期間	年　月　日　～　年　月　日
	負担限度額	□　無　□　申請中　□　有　第１段階　・　第２段階　・　第３段階　年金額　　円/月			
	健康保険	□　後期高齢者医療　□　生活保護(担当ﾜｰｶｰ名：　　)□その他(　　)			
	身体障害者手帳	□　無　□　有　種　　級　障害名：　　□　申請中			

身元引受人	フリガナ		男・女	続　柄	年　齢	職　業
	氏　名					
	住　所	〒　　－				
	TEL	自　宅		携　帯		

	緊急連絡順　・　氏名	続　柄	年　齢	住　所	電　話　番　号
家族構成・連絡先	①			〒　　－	自　宅： 携　帯：
	②			〒　　－	自　宅： 携　帯：
	③			〒　　－	自　宅： 携　帯：
	④			〒　　－	自　宅： 携　帯：

ご意向の確認	本人の意向 退所後の行き先	退所先についていずれかに○を付けてください。 1 自宅　　2 有料老人ホーム等　　3 特別養護老人ホーム		
	1を選択された方	自宅へ帰るための課題は？		
	2を選択された方	入居時期は？ 申込み先		
	3を選択された方	在宅が困難な理由は？ 申込み先		
	部屋の希望	個室希望　・　多床室	洗濯物について	家族洗濯　・　ネット洗濯

医療法人　桜希会