

年 月 日

## 介護老人保健施設むさしの苑 申請書

申込者 氏名:

(ご希望のサービスにレ点をして下さい)

- 入所  
 ショートステイ

利用希望者	住所	〒		TEL
	(フリガナ) 氏名			生年月日 明・大・昭 年 月 日 歳
	利用理由			
	希望部屋	多床室 個室 どちらでも		
	介護保険	被保険者番号( ) 保険者番号( ) 保険者の名称(市町村名) ( ) 要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5 ・介護認定交付年月日 年 月 日 ・介護認定年月日 年 月 日 ・介護認定有効期限 年 月 日～ 年 月 日 ・介護保険負担限度額認定証 有 → (食費 300円 390円 650円)・無 ・介護保険負担割合証 1割 2割 3割		
	医療保険	・後期高齢者医療被保険者証番号( ) ・国民健康保険 ( )		
	その他	・生活保護 ( 福祉事務所:担当CW 様)		
	身障手帳 (お持ちの方)	障害名	種 級	記号番号 取得年月日

身元引受人	(フリガナ) 氏名	続柄
	住所 〒	TEL FAX
メールアドレス(携帯・PC)		

緊急連絡先	(フリガナ) 氏名	続柄	時間帯	連絡可能な電話番号・携帯番号・メールアドレス(携帯・PC)
	①			
	②			
	③			

連絡はご指定がない限り全て身元引受人の方へ連絡させていただきます。緊急連絡については身元引受人の方と連絡取れなかった場合、時間帯を見ながら①から順番に連絡させていただきます。最初に連絡のついた方で、当苑からの連絡は打ち切らせていただきます。

プロフィール

出身地 \_\_\_\_\_  
 職歴 \_\_\_\_\_  
 趣味 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 性格 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 その他 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

家族構成

—  
|

男性 女性 同居者は囲って下さい

今後の予定 今後の予定先として考えている事をご記入下さい

1. 在宅 2. 特養 3. 老健 4. 療養型病院 (いずれかを選択して下さい)

具体的には・・・ 1. 施設名( ) 申請日 年 月 日  
 2. 施設名( ) 申請日 年 月 日  
 3. 施設名( ) 申請日 年 月 日

今後の事について何かお考えがあればご記入下さい

ご利用中のご本人・ご家族の生活に対するご意向についてご記入下さい。  
 ご入所後に介護計画書(ケアプラン)の参考にさせていただきます。

ご本人 \_\_\_\_\_

---

ご家族 \_\_\_\_\_

施設利用料請求書送付先

1	住所 〒	TEL
	氏名	⑩ 続柄
2	住所 〒	TEL
	氏名	⑩ 続柄
1の方が支払い不能になった場合は、2の方にお支払いをお願いすることになります。		