

介護老人保健施設 中野すみれ苑 利用申込書

施設記入欄		申込者連絡先 兼 説明確認欄		※郵便物などはこの連絡先にお送りいたします	
申込日	年 月 日	住所	〒		
受付担当			都 道 府 県		
予定部屋No.() ()		連絡先	①		
入所予定日 年 月 日			②		
現況調査	年 月 日現在□他施設□取消	フリガナ氏名	印	続柄	
	備考:				
	年 月 日現在□他施設□取消				
備考:		※私は施設利用申し込みに際し、利用申込から利用契約迄の手続き及び利用順位の決定方法について、各申込施設より説明を受けました。			

希望サービス	□入所 □短期入所 □通所リハビリ				
フリガナ			男・女	M・T・S 年 月 日生	
氏 名				()歳	
住所	〒			連絡先	
				Tel	
要介護度	要支援() 要介護() ※□無 □申請中 ■保険者 ■被保険者番号				
有効期限	年 月 日から 年 月 日まで			担当CM	所属 氏名
介護減額	□無 □有 (第 段階)		医療減額	□無 □有 (区分Ⅰ・Ⅱ)	
健康保険	□後期 □国保 □社保 □生活保護 □その他		障害手帳	□無 □有 等級 種 判定 級()	
年金等の収入	月額()円 □国民年金 □厚生年金 □遺族年金 □その他()				
家族構成	氏 名	続柄	年齢	職業(勤務先)	連 絡 先
					Tel:()
					携帯電話:
					Tel:()
					携帯電話:
					Tel:()
入所希望の動機					
現在の所在地	□自宅 (□独居 □同居)			現在利用しているサービス	
	□病院 (病院名)入院日()			□ヘルパー (事業所) 週 回()	□訪問看護 (事業所) 週 回()
	□施設 (施設名)入所日()			□デイサービス (事業所) 週 回()	□通所リハ (事業所) 週 回()
	□その他			□短期入所 (事業所) 月 日()	□その他
他施設への申込状況	□特養 □老健 □その他 (施設名)			将来の方向性	□在宅復帰 □施設希望 □看取り希望

※記載事項の変更やお申し込みの取消をされる場合は遅延なくご連絡頂きますようお願いいたします。また当該入所事務を円滑に行うために、必要な場合に限り、本入所申込書記載内容に関して、担当の居宅介護事業所、病院等の関連機関へ紹介することをご了承ください。