社会福祉法人 すみれ福祉会

施設記入欄

介護老人保健施設 中野すみれ苑 利用申込書

申込日	年 月	日日	'						
受付担当		—— 住所 	都	道 府 県					
予定部屋No.()())	1						
入所予定日	·	連絡先	2						
	年 月 日 _{現在} □他施設□:	取消	2					/-t: I	π.
現況調査 -	带考 :	フリカ・ナ					(E)	続材	<u>N</u>
	年 月 日現在□他施設□	取消 氏名							
ti	带考 :							迄の手続き及	び利
			決定方法に		(、谷甲)	と 施設より記	兄明を安ける	たし た。	
希望サービス	□入所□短期入済	折 □通所リ							
フリガナ			男	N	и • т •	S	年	月	生
氏 名			· 夕	ζ			()歳
住所	〒		,	ì	重 Tel				
					格 携帯				
					/				
要介護度	要支援() 要介護(■化	■保険者 ■被保険者番号						
有効期限	年 月 日から	年 月	日まで	4	担当CM	所属	氏》	名	
介護減額	□無 □有(第 段階)	医療減額 [□無 □有	頁 (区	分Ⅰ・Ⅱ) 負担	担割合 1部	割 ・ 2割 ・	3割
健康保険	□後期 □国保 □社保 □生	活保護 口その)他 障害手	帳 🗆	無 口有	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()
	氏 名	続柄 年齢	静 職業(勤	務先)		ì	車 絡 タ	ŧ	
					Tel: ()			
					1 +44 +44 -43 -31				
字长排					携帯電記				
家族構成					Tel:()			
家族構成					Tel:(携帯電記)			
家族構成					Tel:(携帯電記 Tel:() i:)			
家族構成					Tel:(携帯電記) i:)			
家族構成					Tel:(携帯電記 Tel:() i:))	
家族構成					Tel:(携帯電記 Tel:() i:))	
入所希望の					Tel:(携帯電記 Tel:() i:))	
					Tel:(携帯電記 Tel:() i:))	
入所希望の					Tel:(携帯電記 Tel:() i:))	
入所希望の					Tel:(携帯電記 Tel:() i:)			
入所希望の	□自宅(□独居 □同居)				Tu:(携帯電話 Tu:(携帯電話) ::) :: [つ ())	
入所希望の	□自宅(□独居 □同居)) a Price of /			Tu:(携帯電話 Tu:(携帯電話) ::) :: [) 一 だス 話護 (事業所)
入所希望の 動機)入院日()	週 [Tu:(携帯電記 Tu:(携帯電記) i::) i:: 見在利用し 業所)	□訪問看 週 回	f護(事業所 ()
入所希望の	□自宅(□独居 □同居))入院日()	週 [□ディ	Tu:(携帯電記 Tu:(携帯電記 ルパー(事 可(別 (注:) (注:) (記:) (記:)	□訪問看 週 回 □通所リ	ができます。 (ハ (事業所))
入所希望の 動機 現在の	□自宅(□独居 □同居) □病院(_{病院名} □施設(_{施設名})	週 [□ディ 週 [Tu:(携帯電記 Uu:(携帯電記 レパー(事 ロ(サービス 回() i::) i:: 見在利用し 業所)) (事業所)	□訪問看 週 回 □通所リ 週 回	青護(事業所 (ハ(事業所) ()
入所希望の 動機 現在の	□自宅(□独居 □同居) □病院(_{病院名})	週 [□ディ 週 [□短其	Tu:(携帯電記 Tu:(携帯電記 ルパー(事 可() i::) i:: 見在利用し 業所)) (事業所)	□訪問看 週 回 □通所リ 週 回	青護(事業所 (ハ(事業所) ()
入所希望の 動機 現在の	□自宅(□独居 □同居) □病院(_{病院名} □施設(_{施設名}) 入所日()	週 [□ディ 週 [□短其	Tu:(携帯電記 提帯電記 ルパー(リー(リー) リー(リー)	(i:) (i:) (i:) (i:) (事業所) (事業所) (事業所)	□訪問看 週 回 □通所リ 週 回	青護(事業所 (ハ(事業所) ()

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

※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。