

けんちの苑水海道 施設利用申込書

		申込日	年 月 日	受付者		
利用者	フリガナ 氏名				生年月日	明大昭 年 月 日
	住所	TEL		年齢	満 歳	男・女
申込者	フリガナ 氏名				続柄	
	住所	TEL				
利用内容	入 所 ショートステイ	理由				
介護保険	申請中 ・ 要支援1 ・ 要支援2 ・ 要介護1 ・ 要介護2 ・ 要介護3 ・ 要介護4 ・ 要介護5 負担割合 1割 ・ 2割 ・ 3割 負担限度額認定証 有り ・ 無し					
医療保険	後期高齢者 国保 社保 生活保護 / 本人 扶養					
障害者手帳	有・無 障害名() 級 交付日 年 月 日					
経済状況	本人の収入 年収・月収 約 円			主な収入源		
退所後の予定	1.自宅 2.特別養護老人ホーム 3.他の老人ホーム 4.他の介護施設 5.その他()					
現在の状況	1.在宅 2.病院 3.介護老人保健施設 4.福祉施設 5.その他 在宅以外の場合その名称()					
かかりつけ医	医療機関名		TEL			
居宅ケアマネージャー						担当
家族構成	氏 名	続柄	年齢	勤務先等	TEL	
緊急連絡先	氏 名	続柄	住 所		TEL	
	氏 名	続柄	住 所		TEL	
受診(入院)を希望する病院			部屋希望			
①			個室(希望・可・不可) 2人部屋(希望・可・不可)			
②			4人部屋(希望・可・不可)			