

利 用 申 込 書

介護老人保健施設 志村さつき苑

年 月 日

利用者	ふりがな	男 / 女			
	氏名	明・大・昭		年	月
相談者	ふりがな				
	氏名	続柄			
現在の状況	〒				
	住所	電話		()	
利用希望	住所	電話		()	
	勤務先名	電話		()	
連絡先	1. 在宅療養中	かかりつけ医療機関 (病院名:)			
	2. 病院に入院中	(病院名:)			
介護保険情報	【入院期間	年	月	日	～
	／ 入院期限	月	日	まで	
その他	3. 施設に入所中	(施設名:)			
	【入所期間	年	月	日	～
1. 入所	(期間限定 ____ヶ月程度 / 長期入所)				[居室希望]
	2. ショートステイ (_____日間程度)				個室 / 多床室
3. 通所リハビリテーション					
	志村さつき苑利用希望の理由				
氏名	氏名	続柄	生年月日	住所	電話
	①		大・昭・平 年 月 日 (歳)	〒	自宅 携帯
②			大・昭・平 年 月 日 (歳)	〒	自宅 携帯
	③		大・昭・平 年 月 日 (歳)	〒	自宅 携帯
要介護度	被保険者番号				
	要介護度	要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5			
認定有効期間	認定有効期間	年	月	日	～
	年 月 日				
居室介護支援事業所	居室介護支援事業所	電話 ()			
	担当ケアマネジャー				
住民税	住民税 (課税 / 非課税・生活保護)	医療保険 (後期高齢者医療 / 国民健康保険 / 健康保険 / 共済保険)			
	<input checked="" type="checkbox"/> 受給者証はお持ちですか (はい / いいえ)	身体障害者手帳 (_____ 障害 / _____ 級)			
その他	その他 医療費公費助成を受けていますか (はい / いいえ) 種類 (難病 / 被爆 / 大気汚染 / _____)				