

利用申し込み書 新規 ・ 回目 NO _____

令和 年 月 日

利用者	フリガナ 氏名	印	生年月日	明・大・昭 年 月 日	男・女 歳
	住所		TEL		
申込者	フリガナ 氏名	印	利用希望者との続柄		
	住所		TEL		
保証人	フリガナ 氏名	印	利用希望者との続柄		
	住所		TEL		
利用内容	1. 入所 2. 短期入所(ショートステイ) 3. 通所リハビリ				
利用申込理由					
利用希望期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日				
現在の状況	1. 自宅で生活 (独居 ・ 同居) 医療機関受診は している ・ していない 医療機関名 () 病名 ()				
	2. 入院中 年 月 日 ~ 医療機関名 () 病名 ()				
	3. 施設入所中 年 月 日 ~ 施設名 ()				
	4. その他				
退所後の予定	1. 自宅 2. 他施設利用 3. 未定				
介護保険	要介護度 () 認定期間 年 月 日 ~ 年 月 日				
	ケアマネジャー: 事業者名 () 担当者名: ()				
	TEL: () FAX: ()				
健康保険	1. 国保 (本人・家族) 2. 社保 (本人・家族) 3. 生活保護 (福祉事務所)				
	保険者番号 () 記号・番号 ()				
	交付年月日: 令和 年 月 日 有効期限: 令和 年 月 日				
後期高齢者医療被保険者証	受給者番号 () 交付年月日: 令和 年 月 日 一部負担金の割合 ()				
身障手帳	有 ・ 無 (種 級) 取得年月日 ()				
	障害名 ()				
	都道府県名 () (第 号)				
減免可否等	介護保険負担限度額認定は受けていますか? (はい ・ いいえ)				