

(様式1)

箕面市立介護老人保健施設利用申込書

次のとおり箕面市立介護老人保健施設を利用したいので申し込みます。

年 月 日

フリガ			男 女	生年月日	明・大・昭	年	月	日	(歳)	
利用者名										
住 所	〒 -				電話番号	-	-			
申し込み ご家族 (代理人)	フリガ									
	氏名	続柄又は関係 ()								
	住所	〒 -				電話番号	-	-		
支援事業者			ケアマネージャー			電話				
かかりつけ医院			主治医			電話				
利用希望	1. 入 所	希望年月 年 月 初・中・下旬					居室希望	一人個室 二人個室 多床室 どこでも		
	2. ショートステイ									
	3. デイケア	希望回数	週	回	希望曜日	第1希望	曜	第2希望	曜	
現在の所在	1. 家庭 2. 病院 () 3. 施設 ()									
希望理由									
入所の場合の退所先予定	1. 家庭 2. 老健 () 3. その他 () 4. 未定									
老人ホーム等への申込	年 月 () へ申込済み・予定・未定									
介護保険	支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5			被保険者番号						
	認定日	平成	年	月	日	認定期間	平成	年	月	日
医療保険加入の有無	後期高齢医療保険 ・ 社会保険 ・ 国民保険 ・ なし									
生活保護適応の有無	無 ・ 有 (担当市町村: 担当者:)									
緊急連絡先 氏名	続柄	同居・別居	主介護者	電話番号						
フリガ		同居・別居		自宅) - -						
1				携帯) - -						
フリガ		同居・別居		自宅) - -						
2				携帯) - -						

※主介護者に◎、代理介護者に○、を記入して下さい

※介護保険者証、その他証書類を提出して下さい。コピーをさせていただきます。