

竹原むつみ利用申込書

令和 年 月 日

施設長殿

申込者 住所

フリガナ

氏名

利用者との続柄 ()

電話番号

下記の通り、利用の申し込みをします。なお貴施設の利用申し込みにあたり、貴施設において市町・居宅介護支援事業者・その他の介護保険事業者等により情報を入手することを承諾します。

利用者	フリガナ		男	大正・昭和				
	氏名		女	年	月	日 (歳)		
	住所	〒		TEL	自宅:	携帯:		
介護保険被保険者証			有効期限	年	月	日 ~ 年	月	日
要介護度	<input type="checkbox"/> 要支援1 <input type="checkbox"/> 要支援2 <input type="checkbox"/> 要介護度1 <input type="checkbox"/> 要介護度2 <input type="checkbox"/> 要介護度3 <input type="checkbox"/> 要介護度4 <input type="checkbox"/> 要介護度5							
居宅介護支援事業所 (担当ケアマネジャー)								
介護保険負担割合証		1割 ・ 2割 ・ 3割						
介護保険負担限度額認定証		無 (1800円) ・ 有 (第1段階 ・ 第2段階 ・ 第3段階① ・ 第3段階②)						
被爆者手帳		無 ・ 有 (公費負担者番号: 手帳番号:)						
家族の連絡先	※	フリガナ	続柄	年齢	同居別居	住所	〒	
	氏名				同・別			
	TEL	自宅:	携帯:					
	勤務先:	()						
	フリガナ	続柄	年齢	同居別居	住所	〒		
	氏名			同・別				
	TEL	自宅:	携帯:					
	勤務先:	()						
	フリガナ	続柄	年齢	同居別居	住所	〒		
氏名			同・別					
TEL	自宅:	携帯:						
勤務先:	()							
利用者の主な介護者については※欄に◎を記入して下さい								
利用内容	<input type="checkbox"/> 介護老人保健施設入所 <input type="checkbox"/> 短期入所療養介護 (ショートステイ) <input type="checkbox"/> 予防短期入所療養介護							
利用を希望する理由	<input type="checkbox"/> 自宅生活困難 <input type="checkbox"/> 介護者不在 <input type="checkbox"/> 介護疲労 <input type="checkbox"/> リハビリ <input type="checkbox"/> その他							
利用者及び家族の生活に対する意向								
退所先	<input type="checkbox"/> 自宅に戻る <input type="checkbox"/> 他の家族と同居する <input type="checkbox"/> 他施設入所 (申込先:)							

※介護保険被保険者証及び介護保険負担割合証 (お持ちの方は、被爆者手帳) のコピーを添付して下さい。

※医師の紹介状を添付して下さい。(お持ちの方のみ)