

介護老人保健施設 和佐の里 入所・短期入所 申込書

申込日： 平成 年 月 日

利用者	ふりがな 氏名		性別 男・女	生年月日 大正・昭和 年 月 日	
	住所	〒 ー 電話番号 ()			
申込者	連絡先 1	ふりがな 氏名	続柄	自宅Tel 携帯Tel	
		〒 ー 住所			
	連絡先 2	ふりがな 氏名	続柄	自宅Tel 携帯Tel	
		〒 ー 住所			
サービスの内容		入所・短期入所 (希望日: 月 日 ~ 月 日)			
居室の希望		4人部屋 ・ 個室 ・ どちらでも可			
利用の動機					
現在の状況		自宅 ・ 入院中 (病院名:) その他 ()			
利用しているサービス		訪問サービス (ヘルパー ・ 看護 ・ リハビリ ・ 入浴) 通所サービス (施設名:) ショートステイ (施設名:) その他 ()			
認知症の状況		正常 ・ 軽度 ・ 中度 ・ 重度			
退所後の予定		自宅 ・ その他 ()			
医療保険の種類別		後期高齢者医療 ・ 生活保護 ・ その他 ()			
介護 保 険	被保険者番号				申請中 申請日 (月 日)
	介護度	要支援 1 ・ 2 要介護 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5			
	有効期間	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日			
	負担割合証	1割 ・ 2割			
	負担限度額	4段階	3段階	2段階	1段階
	担当ケアマネジャー	事業所:		担当者:	

* 介護保険証・介護保険負担割合証・介護保険負担限度額認定証をお持ちでしたらコピーを添付して下さい。
2016/3/1改訂