

介護老人保健施設 和佐の里 サテライト千寿 入所・短期入所 申込書

申込日：

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)				
施設の希望		和佐の里 ・ サテライト千寿 ・ どちらでも可				
居室の希望		多床室 ・ 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:)				
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	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日				
	負担割合証	1割 ・ 2割 ・ 3割				
	負担限度額	4段階	3段階②	3段階①	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。