

利 用 申 込 書		入 所	受付年月日		令和 年 月 日	
		短期入所				
利用者	ふりがな 氏 名	性別	生年月日			
	〒 ー		T S	年	月	日 ( 歳)
		TEL ( )				
申込者	ふりがな 氏 名	続柄	職業			
	〒 ー	年齢	歳			
		TEL ( )				
連絡先	携 帯 TEL ー ー [ ]					
	その他 TEL ー ー [ ]					
	介護支援専門員等 氏名		TEL ( )	[事業所名等]		
介護保険	要介護状態区分 (被保険者番号: )		有効期限		令和 年 月 日	
	要支援 1 2 3 4 5				令和 年 月 日	
介護保険負担限度額認定証 * ( ) は長期入所の食事代金額		負担割合: 割				
1 (300 円) 2 (390 円) 3① (650 円) 3② (1,360 円) 4 (1,445 円)						
現在の状況	・ 自宅					
	・ 病院または診療所		[ ]			
	・ 介護療養型医療施設		[ ]			
	・ 老人保健施設		[ ]			
	・ グループホーム		[ ]			
	・ 有料老人ホーム等		[ ]			
	・ その他		[ ]			
保険証	・ 後期高齢者医療		・ 介護保険証			
	・ 国民健康保険		・ 身体障害者手帳 級 ( )			
	・ 社会保険		・ その他			
経済状況	・ 年金受給 [国民・厚生・障害・共済・老齢福祉・遺族]		月 平均受給額		円	
	・ その他収入		月 平均受給額		円	
	・ 生活保護					
かかりつけ	病院 (医院) 名 [ ]		[ ]			
	診療科名 [ ]		[ ]			
	病院 (医院) 名 [ ]		[ ]			
	診療科名 [ ]		[ ]			