

# 利 用 申 込 書

下記の通り、横浜磯子介護老人保健施設の利用申込をいたします。

利用者	フリガナ		男・女	生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日 歳
	氏名				
	住所	〒		電話番号	
申請者 第一連絡先	フリガナ			続柄	生年月日
	氏名		印		明治・大正・昭和 年 月 日
	住所	〒		電話番号	
	勤務先		勤務先番号：	携帯	
第二連絡先	フリガナ			続柄	生年月日
	氏名				明治・大正・昭和 年 月 日
	住所	〒		電話番号	
	勤務先		勤務先番号：	携帯	
その他連絡先	フリガナ			続柄	生年月日
	氏名				明治・大正・昭和 年 月 日
	住所	〒		電話番号	
	勤務先		勤務先番号：	携帯	
連帯保証人	フリガナ			続柄	生年月日
	氏名				明治・大正・昭和 年 月 日
	住所	〒		電話番号	
	勤務先		勤務先番号：	携帯	

利用サービス	<input type="checkbox"/> 入 所 <input type="checkbox"/> 短期入所（ショートステイ） <input type="checkbox"/> 通所リハビリテーション（デイケア）
現 況	<input type="checkbox"/> 在宅 主たる介護者： かかりつけ医： 現利用中のサービス： <input type="checkbox"/> ヘルパー <input type="checkbox"/> 訪看 <input type="checkbox"/> デイ <input type="checkbox"/> ショートステイ <input type="checkbox"/> 往診
	<input type="checkbox"/> 医療機関入院中 医療機関名： 入院日： 年 月 日～
	<input type="checkbox"/> 施設入所中 施設名： <input type="checkbox"/> 特別養護老人ホーム <input type="checkbox"/> 養護施設 <input type="checkbox"/> グループホーム <input type="checkbox"/> 有料老人ホーム <input type="checkbox"/> 軽費施設 <input type="checkbox"/> 老健施設 <input type="checkbox"/> その他 入所日： 年 月 日～
退所後の方針	<input type="checkbox"/> 在宅 <input type="checkbox"/> 施設入所 （施設名： <input type="checkbox"/> その他（
利用目的	<input type="checkbox"/> リハビリ <input type="checkbox"/> 介護者の負担軽減 <input type="checkbox"/> 他施設入居待ち
介護保険	介護保険番号： 介護保険負担割合 <input type="checkbox"/> 1割 <input type="checkbox"/> 2割 認定有効期間： 年 月 日～ 年 月 日 介護度： <input type="checkbox"/> 要支援1 <input type="checkbox"/> 要支援2 <input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5 <input type="checkbox"/> 新規申請中
負担限度額	<input type="checkbox"/> 第1段階 <input type="checkbox"/> 第2段階 <input type="checkbox"/> 第3段階 <input type="checkbox"/> 第4段階
健康保険	種 別： <input type="checkbox"/> 後期高齢者医療証 <input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 社保 <input type="checkbox"/> 生 <input type="checkbox"/> その他
障害手帳	<input type="checkbox"/> 有：種 級 / 障害名： <input type="checkbox"/> 無
経済状況	年 金（種類： <input type="checkbox"/> / おおよその金額 その他： <input type="checkbox"/>
備考欄	