利用申込書

平成　年　月　日

介護老人保健施設
輪之内ビラ

□1.施設入所		□2.短期入所療養介護			□3.通所リハビリテーション	
要介護度等区分	□要支援1 □要支援2 □要介護1 □要介護2				□要介護3 □要介護4 □要介護5	
介護保険負担限度額	食事負担		従来型個室		多床室	
利用者	フリガナ			男 ・女	生年月日	
	氏名	㊞			明治 ・大正 ・昭和	
	住所：〒				年　月　日　歳	
					電話番号：	
申込人 連絡先	フリガナ			続柄		
	氏名	㊞				
	住所：〒				電話番号：	
					携帯番号：	
	職業（勤務先）：				電話番号：	
連絡先2	フリガナ			続柄		
	氏名	㊞				
	住所：〒				電話番号：	
					携帯番号：	
	職業（勤務先）：				電話番号：	
身障者手帳	有 ・ 無	種　級　障害名：				
健康保険	□後期高齢者　□国保　□社保　□その他（　）					
現病	1.【　】2.【　】 3.【　】4.【　】					
現況：	□居宅　□入院中 ［　］□入所中 ［　］ ［居宅介護支援事業所：　担当ケアマネ：　］ ［通院先及び医師名：　］					
他施設申し込み	□有：　特養 ［　申込日　年　月］□無 老健 ［　申込日　年　月］□無 その他 ［　］					
将来の意向	□自宅介護［主たる介護者：　続柄：　□施設介護［ 老健 ・ 特養 ］ □その他 ［　］					
家族構成	氏名	続柄	年齢	同居 ・ 別居		
				同居 ・ 別居		
				同居 ・ 別居		
				同居 ・ 別居		
				同居 ・ 別居		
				同居 ・ 別居		
				同居 ・ 別居		