

# 利 用 申 込 書

平成 年 月 日

医療法人社団 敬愛会  
介護老人保健施設 敬愛シニアガーデン卸町 御中

申 込 者 住 所 : 〒  
(身元引受人)

氏名 : 印 続柄 ( )  
自宅電話 : ( )  
携帯電話 : ( )

|        |  |   |                     |
|--------|--|---|---------------------|
| ふりがな   |  | 男・女   | 明・大・昭 年 月 日<br>( 歳) |
| 利用者氏名  |  |   |                     |
| 現住所    | 電話 : ( )   |   |                     |
| 要介護認定  | 要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5  |   |                     |
|        | 認定期間   | 平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日                         |                     |
| 健康保険   | 後期高齢者・生保・その他 ( )   |   |                     |
| 年金     | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有  | 1. 国民年金 2. 厚生年金 3. 共済年金 4. 恩給<br>5. その他 ( ) | 金額: 約 万円/月          |
| 障害手帳   | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( 年 月 日取得 種 級)<br>障害名 ( )  |   |                     |
| 利用種別   | <input type="checkbox"/> 入所  | 居室希望 ( 4人室・2人室・1人室 )<br>入所希望時期: 平成 年 月 日ごろ  |                     |
|        | <input type="checkbox"/> 短期入所  | ご希望の期間: 平成 年 月 日                            |                     |
|        | <input type="checkbox"/> 介護予防短期  | ~平成 年 月 日                                   |                     |
| 利用の目的  | <input type="checkbox"/> リハビリテーション <input type="checkbox"/> 介護負担軽減 <input type="checkbox"/> その他 ( )  |   |                     |
| 現在の状況  | <input type="checkbox"/> 在宅療養中 主な介護者氏名: 続柄:<br>かかりつけ医: 主治医:<br>受診の頻度: 週・月 回<br>居宅介護支援事業所名: 担当:<br>現在利用中のサービス:  |   |                     |
|        | <input type="checkbox"/> 医療機関入院中 医療機関名:<br>入院日: 平成 年 月 日   |   |                     |
|        | <input type="checkbox"/> 施設入所中 施設名:<br>入所日: 平成 年 月 日   |   |                     |
| 退所後の生活 | <input type="checkbox"/> 家庭復帰 (介護者: )<br><input type="checkbox"/> 介護福祉施設 (特別養護老人ホーム等) 入所<br>申請済の場合記入→申請年月日: 平成 年 月 日<br>申請施設名:<br><input type="checkbox"/> 介護老人保健施設入所 <input type="checkbox"/> わからない |   |                     |

|       |    |    |      |
|-------|----|----|------|
| 緊急連絡先 | 氏名 | 続柄 | 電話番号 |
|       |    |    |      |
|       |    |    |      |