

介護老人保健施設 鷺栖の里利用申込書

申込日	令和	年	月	日	相談員	
利用開始日	令和	年	月	日		

ご利用者様情報	フリガナ	性別	現在の居所 <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> その他()			
	氏名	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 大正				
	様	<input type="checkbox"/> 女	年	月	日	(満 歳)
	現住所 〒					
	電話:			携帯:		
※申込者は□にチェックを入れて下さい	要介護		<input type="checkbox"/> 申請中	<input type="checkbox"/> 変更中	認定の有効期間	
	認定	<input type="checkbox"/> 要支援()	<input type="checkbox"/> 要介護()	R	年	月 日 ~ R 年 月 日
	介護保険負担割合証 <input type="checkbox"/> 1割 <input type="checkbox"/> 2割 <input type="checkbox"/> 3割					
	介護保険負担限度額認定証 <input type="checkbox"/> あり (<input type="checkbox"/> 1段階 <input type="checkbox"/> 2段階 <input type="checkbox"/> 3段階) <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明					
			氏名/住所	続柄	同居・別居	緊急時連絡先
<input type="checkbox"/>	①	〒		同居 別居	自宅: 携帯:	
<input type="checkbox"/>	②	〒		同居 別居	自宅: 携帯:	
<input type="checkbox"/>	③	〒		同居 別居	自宅: 携帯:	
【備考欄】						

○該当項目に☑でチェックしてください

希望サービス	<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(デイケア)					
利用時期	<input type="checkbox"/> すぐに利用したい <input type="checkbox"/> 年 月頃から利用希望					
	<input type="checkbox"/> その他					
現在の利用中のサービス	担当ケアマネージャー		事業所名()		氏名(様)	
	<input type="checkbox"/> 通所サービス	()			回 / 週	
	<input type="checkbox"/> 訪問介護	()			回 / 週	
	<input type="checkbox"/> 訪問看護	()			回 / 週	
	<input type="checkbox"/> ショートステイ	()			日 / 月	
	<input type="checkbox"/> 福祉用具	()			品 / 月	
	<input type="checkbox"/> その他	()			回 / 週	
<input type="checkbox"/> サービス利用なし						