医療法人　啓正会

介護老人保健施設　入所申込書

申込日:

対象者氏名	□ 男 □ 女	生年月日	□ 明治　□ 大正　□ 昭和 年　月　日　歳		
住所	〒　－		電話番号	(自宅)	
				(携帯)	
要介護度	□ 未申請　□ 申請中（新規・更新・変更） □ 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				
認定期間	令和　年　月　日　～　令和　年　月　日				
介護保険負担限度額認定証	□ 未申請　□ 第１段階　□ 第２段階 □ 第３段階　□ 第４段階		介護保険負担割合	□ １割負担　□ ２割負担 □ ３割負担	
現在の所在	□ 自宅（独居・同居）　□ 医療機関（　） □ 施設（　）　□ その他（　）				
	※ 自宅以外の方で、退院・退所勧告を受けていますか？		□ いいえ □ はい（　まで）		
支援事業所	事業所名： 担当ケアマネ：　電話番号：				
介護サービス利用状況	□ 施設入所　□ デイケア（　回/週）　□ デイサービス（　回/週） □ 訪問介護　□ 訪問看護　□ 訪問リハ　□ ショートステイ				
かかりつけ医					
経済状況	□ 年金（国民　・　厚生）　万円/月　□ 生活保護		原爆手帳	□ 無　□ 有	
身元引受人	□ 男 □ 女	対象者との続柄		生年月日	
住所	〒　－		電話番号	(自宅)	
				(携帯)	

【現況】

身体状況や生活状況を差支えない範囲でご記入お願いします。（車椅子使用など）

《家族構成》

□＝男性　◯＝女性　回　◎＝本人

■●＝死亡　☆＝身元引受人

受付者	