

申込書

入所（個室・多床室）：短期入所：通所リハビリテーション

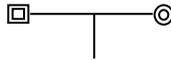
入所申し込み日

令和 年 月 日

利用者氏名	フリガナ	性別	男・女	生年月日	年 月 日	利用経路		
住所	〒						電話	
出生		学歴	未就学・小学校・中学校・高校 短大・大学・専門学校()	職歴		保健	後期高齢者 国保・社保・生保	

身元引受氏名	フリガナ	性別	男・女	生年月日	年 月 日	続柄		
住所	〒						電話	

家族の状況



記入例

- ⇒ 本人
 ⇒ 男
 ⇒ 女
 ⇒ 死亡
主 ⇒ 主介護者
副 ⇒ 副介護者

※同居している人がいる場合は、丸で囲んでください。

介護保険情報

認定日	年 月 日				
要介護	1	2	3	4	5
要支援	前回介護度()				
認定の有効期間	年 月 日 から				
	年 月 日 まで				
保険者番号					
被保険者番号					

緊急時の連絡先

氏名	続柄	連絡先
フリガナ		

負担限度額証	無・有()	身障者手帳	無・有()	居宅支援事業所	
--------	--------	-------	--------	---------	--

通院中の病院	病院	科	病名	次回受診日
	年 月 日			
病院	病院	科	病名	次回受診日
	年 月 日			

診療情報提供書以外の病名、他(骨折、手術等)がありましたら記入をお願いします。

入所希望理由		施設への要望	
--------	--	--------	--