

介護老人保健施設（入所・短期入所）利用申込書

介護老人保健施設 みどりの館
施設長 様

平成 年 月 日

申込者氏名 ()

利用者との続柄 ()

介護老人保健施設「みどりの館」のサービス利用を申し込みます。

利用者	フリガナ 氏名		男・女	・明治 ・大正 ・昭和	年 月 日 歳
	住所	〒 -	電話		
			F A X		
連絡先 1	氏名	(続柄:)	電話		
	住所		F A X		
			携帯		
連絡先 2	氏名	(続柄:)	電話		
	住所		F A X		
			携帯		
かかりつけの医療機関 (医療機関) (担当医名)			居宅介護支援事業所 または医療機関等名 (ケアマネジャー・相談員) (電話番号)		
要介護（支援）認定		要支援 1・2		要介護 1・2・3・4・5	
自己負担割合		1割 ・ 2割		申請中	
希望される月日		年 月 日～ 年 月 日		希望の部屋	個室・2人部屋・4人部屋
希望理由	1：リハビリ（日常生活の訓練）		退所後の 方針	1：自宅	
	2：保養			2：他施設（申込み：済・未）	
	3：家庭での介護が困難			申込み日（ ）	
	4：その他（ ）			申込み先（ ）	
				3：検討中（理由等）	
現在の生活場所	自宅 施設（名称： ） 病院（名称： ） 介護老人保健施設・グループホーム・その他（ ）				
施設生活に対するご意向などがございましたらご記入下さい					

入所サービスご利用のお申し込み手続きに必要な書類

*以下の書類（コピー可）をお預かり致します
 お申し込み時に全て揃っている必要はありませんが
 ★の書類については、ご入所受け入れ可否の判定に必須となりますので
 お早めにご用意ください

★	利用申込書	書式は当館からFAXでお届けするか、 当館WEBサイトからダウンロードもできます
★	健康診断書 または 施設情報提供書	
★	介護保険被保険者証	新規認定申請中の場合は不要ですが ご申請日や認定調査の日程などがわかるよう であればお知らせください
★	（お薬を服用されている場合） 服薬の内容がわかるもの	処方箋 お薬の説明書 おくすり手帳など
	介護保険負担割合証	1割負担・2割負担にかかわらずご提示ください *平成27年8月～ 導入になります
	保証人・緊急連絡先	利用申込書でのご記載と異なる場合は お知らせください
	健康保険証・後期高齢者医療被保険者証	
	身体障害者手帳	お持ちの場合はご用意ください
	介護保険負担限度額認定証	
	看護サマリー	現在ご入院・他施設ご利用中の場合は ご用意にご協力ください *当館からご入院先等に依頼を させていただく場合もあります

お問い合わせ先

みどりの館 相談室

TEL 048-929-6422（直通）
 FAX 048-922-1348



<http://www.midorino-yakata.or.jp/>