

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

令和 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	氏名	フリガナ ----- 様	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	フリガナ ----- 様 (続柄:)	電話 F A X 携帯		
	住所				
連絡先 2	氏名	フリガナ ----- 様 (続柄:)	電話 F A X 携帯		
	住所				
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		申請中
自己負担割合	1割 ・ 2割		介護負担限度額認定証	なし 1・2・3段階	
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) 2:保養 3:家庭での介護が困難 4:その他()		退所後の 方針	1:自宅 2:他施設 (申込み: 済・未) 申込み日() 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()				
面談調査時の 写真・動画撮影の同意	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし ※調査時の状況や必要性の判断の下で実施致します 取得した情報は当法人の個人情報取扱方針に基づき適正に管理されます				