

社会福祉法人 ぶどうの枝福祉会
 介護老人保健施設 出石愛の園 利用申込書

入 所 (長期 ・ 短期)

ご希望を○で囲んでください。

老人保健施設 出石愛の園 殿

貴施設を利用致したく、下記のとおり申し込みます。

平成 年 月 日

ふりがな			男 ・ 女	生 年 月 日	年齢
利用希望者 氏 名	印			明治・大正・昭和 年 月 日生	歳
住 所	(〒 -) 電話番号() -				
連絡先	昼 間(電話番号等) () - (氏名等)		夜 間(電話番号等) () - (氏名等)		
申込代理者	ふりがな			利用希望者との続柄	
	氏 名				
	住 所	(〒 -) 電話番号() -			
現在の状況	1. 家 庭 (1人暮らし・高齢者世帯・家族同居・その他[]) 2. 入 院 中 病院名 _____ 入院年月日 年 月 日 疾患名 _____ 退院予定日 年 月 日 3. そ の 他 ()				
要介護区分	<input type="checkbox"/> 要支援 <input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5 <input type="checkbox"/> 申請中				
介護保険被保険者番号					
認定の有効期間	年 月 日 ~ 年 月 日		認定日	年 月 日	
介護保険負担限度額認定	<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 <input type="checkbox"/> 申請中				
医療管理	<input type="checkbox"/> していない <input type="checkbox"/> している (<input type="checkbox"/> 吸引 <input type="checkbox"/> インシュリン <input type="checkbox"/> ペースメーカー <input type="checkbox"/> 床ずれ処置 <input type="checkbox"/> その他[])				
居宅介護支援事業者名			担当者名		
申込理由	<input type="checkbox"/> リハビリ目的 <input type="checkbox"/> 自宅での生活が困難 <input type="checkbox"/> 病院等から退院を求められている <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 入所希望期間 平成 年 月 日~平成 年 月 日 []				
退所後について	<input type="checkbox"/> 家庭 <input type="checkbox"/> 他の施設に入所を希望 <input type="checkbox"/> 特別養護老人ホーム 長期入所申し込み済み 申込日 年 月 日 (施設名:) <input type="checkbox"/> その他 ()				

裏面もご記入下さい。

