

長期利用申込書

平成 年 月 日

介護老人保健施設

リハセンター さわやか 施設長殿

申込者氏名

印

利用者との関係()

住所 〒

電話

下記の通り、利用の申し込みをします。

フリガナ							
利用者氏名	(男 ・ 女)						
生年月日	明治 大正 昭和 年 月 日 (歳)						
住所 〒							
電話	()						
利用理由							
入所を希望する時期 1. 今すぐ入所したい 2. 年 月頃までには入所したい							
要介護度	要支援 要介護度 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5						
介護保険 被保険者番号							
介護保険証の有効期限 平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで							
身体障害者手帳	無 有(種 級 年 月 日取得) 障害名						
健康保険 種別	1. 社保 2. 国保 3. 生保 4. その他						
病名(発症時期もわかれば記入)							
入所希望者の状況 1. 自宅で暮らしている(独居・高齢者二人暮らし・家族同居) 2. 特別養護老人ホーム、養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム、痴呆性高齢者グループホーム等に入所(入居)している 3. 病院、介護療養型医療施設、介護老人保健施設に入院(入所)している (施設に入所(入居・入院)している場合)							
<table border="1"><tr><td>施設名又は病院名</td><td></td></tr><tr><td>(所在地)</td><td>市・区・町・村</td></tr><tr><td>入所又は入院期間</td><td>年 月 日 ~</td></tr></table>		施設名又は病院名		(所在地)	市・区・町・村	入所又は入院期間	年 月 日 ~
施設名又は病院名							
(所在地)	市・区・町・村						
入所又は入院期間	年 月 日 ~						
当施設退所後の予定 (現段階での予定)	1. 在宅復帰(年 月頃) 2. 特養・老健・グループホーム等施設入所サービス継続希望 3. その他						
居室の希望	4人部屋・3人部屋・2人部屋・個室						
生活保護を受給されている方	福祉事務所名: 電話: () 担当:						