

# 介護老人保健施設 ふれあいの丘 利用申込書

利用者	ふりがな			男・女	生年月日	明・大・昭	年	月	日生(才)		
	氏名										
	住所	〒				電話	( )	-			
健康保険証		社保・国保・共済・後期高齢者(割負担)・その他( )									
介護保険証		有・申請中・区分変更中			介護度区分	要支援1・2・要介護1・2・3・4・5					
		認定年月日	年	月	日	有効期間	年	月	日	～	年
介護保険負担限度額証		無・有(食費300円・390円・650円)				介護保険負担割合		割			
身体障害者手帳		無・有(種 級 障害名: )				生活保護受給		無・有			

申込書記入者	氏名			続柄		住所	〒	電話	( )	-	
緊急連絡先	①氏名			続柄		勤務先			( )	-	
	住所	〒					自宅電話	( )	-		
							携帯電話	( )	-		
	②氏名			続柄		勤務先			( )	-	
住所	〒					自宅電話	( )	-			
						携帯電話	( )	-			

利用希望理由

利用のご希望について	入所(長期・短期)	期間: (約 日 ・ 1ヶ月～3ヶ月 ・ 3ヶ月以上 )	
	通所リハビリ	居室: ①2床室(別途差額1日3,000円+税) ②4床室 ③2人床→4人床	曜日: 月・火・水・木・金・土
		サービス内容: 入浴・リハビリ・送迎	

家族構成	氏名	続柄	年齢	職業	氏名	続柄	年齢	職業	
		同居 別居					同居 別居		
		同居 別居					同居 別居		
		同居 別居					同居 別居		

病名・病歴	時期	病名や目的	病院
	年 月 日～ 年 月 日		
	年 月 日～ 年 月 日		
	年 月 日～ 年 月 日		
	年 月 日～ 年 月 日		

主治医	医療機関名( ) 科名( ) 医師名( )		
現在の状況	①自宅(主介護者 )、ケアマネ(氏名: 居宅名: 連絡先: )		
	②( )病院・施設( 年 月 日より )、担当相談員(氏名: )		
現在の介護保険サービス利用状況	訪問介護・訪問看護・訪問入浴・通所介護・通所リハビリ・短期入所 福祉用具・その他( )		
今後の希望	①自宅 ②施設・申込み先( ) ③未定(施設入所中に検討) ④その他( )		

施設記入欄	【申込み】令和 年 月 日 【契約書説明】済・未 【友の会】有・無		
	【待機】令和 年 月 日 【キャンセル】令和 年 月 日 理由:		