

# 利 用 申 込 書

令和 年 月 日

医療法人社団 敬愛会  
介護老人保健施設 敬愛シニアガーデン卸町 御中

申 込 者 住 所 : 〒  
(身元引受人)

氏名 : 印 続柄 ( )  
自宅電話 : ( )  
携帯電話 : ( )

ふりがな		男 ・ 女	明・大・昭 年 月 日 ( 歳)
利用者氏名			
現 住 所	電話 : ( )		
要介護認定	要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5		
	認定期間	年 月 日 ~ 年 月 日	
健康保険	後期高齢者 ・ 生保 ・ その他 ( )		
年 金	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	1. 国民年金 2. 厚生年金 3. 共済年金 4. 恩給 5. その他 ( ) 金額 : 約 万円/月	
障 害 手 帳	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( 年 月 日取得 種 級) 障害名 ( )		
利 用 種 別	<input type="checkbox"/> 入所	居室希望 ( 4人室 ・ 2人室 ・ 1人室 ) 入所希望時期 : 年 月 日ごろ	
	<input type="checkbox"/> 短期入所	ご希望の期間 : 年 月 日	
	<input type="checkbox"/> 介護予防短期	~ 年 月 日	
利用の目的	<input type="checkbox"/> リハビリテーション <input type="checkbox"/> 介護負担軽減 <input type="checkbox"/> その他 ( )		
現在の状況	<input type="checkbox"/> 在宅療養中 主な介護者氏名 : 続柄 : かかりつけ医 : 主治医 : 受診の頻度 : 週 ・ 月 回 居宅介護支援事業所名 : 担当 : 現在利用中のサービス :		
	<input type="checkbox"/> 医療機関入院中 医療機関名 : 入 院 日 : 年 月 日		
	<input type="checkbox"/> 施設入所中 施設名 : 入 所 日 : 年 月 日		
退 所 後 の 生 活	<input type="checkbox"/> 家庭復帰 (介護者 : ) <input type="checkbox"/> 介護福祉施設 (特別養護老人ホーム等) 入所 申請済の場合記入→申請年月日 : 年 月 日 申請施設名 : <input type="checkbox"/> 介護老人保健施設入所 <input type="checkbox"/> わからない		

緊急連絡先	氏 名	続柄	電話番号