

# 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御町 御中

申 込 者 住 所 : 〒

氏名 : 続柄 ( )  
自宅電話 : ( )  
携帯電話 : ( )

連絡先	氏 名	続柄	電話番号
	①		
	②		

## <申し込み内容>

ふりがな		男・女	明・大・昭
利用者氏名			年 月 日 ( 歳)
住 所	電話番号 : ( )		

要介護認定	<input type="checkbox"/> 要支援 1 2 <input type="checkbox"/> 要介護 1 2 3 4 5 <input type="checkbox"/> 新規申請・区分変更中
年 金	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 国民年金 <input type="checkbox"/> 厚生年金 <input type="checkbox"/> 共済年金 <input type="checkbox"/> 遺族年金 金額 : 約 万円/月
健康保険証類	<input type="checkbox"/> 後期高齢者 <input type="checkbox"/> 生活保護 <input type="checkbox"/> 重度 <input type="checkbox"/> 障害者手帳 ( )
利用希望	<input type="checkbox"/> ロング入所 ( <input type="checkbox"/> 個室 <input type="checkbox"/> 多床室 ) <input type="checkbox"/> 短期入所
現在の状況	<input type="checkbox"/> 自宅
	<input type="checkbox"/> 入院中 ( )
	<input type="checkbox"/> 施設入所中 ( )
	<input type="checkbox"/> 担当居宅介護支援事業所 ( )
退所後の希望	<input type="checkbox"/> 自宅
	<input type="checkbox"/> 特別養護老人ホーム ( )
	<input type="checkbox"/> 介護老人保健施設 ( )
	<input type="checkbox"/> その他施設 ( )