

取扱注意

## 入 所 / (短期入所) 申 込 書

令和 年 月 日

施設長 藤 間 順 一 殿

申込者氏名 (続柄 )

入所者本人	フリガナ				性別	男・女	年齢	歳
	氏名					生年月日		
						明・大・昭 年 月 日		
住所	〒				電話			
介護保険	要介護認定区分	1・2・3・4・5	認定期間	年 月 日 ~ 年 月 日				
	認定年月日	年 月 日	市町村番号			被保険者番号		
希望される緊急医療機関 (伊勢原協同病院以外)		病院			科 (電話)			
第1連絡先 キーパーソン (緊急時含む)	フリガナ			年齢	続柄	自宅Tel		
	氏名					携帯Tel		
						携帯メール	@	
	住所	〒				勤務先		
				勤務先Tel				
第2連絡先 (緊急時含む)	フリガナ			年齢	続柄	自宅Tel		
	氏名					携帯Tel		
						携帯メール	@	
	住所	〒				勤務先		
				勤務先Tel				
入所者の 家族状況 (本人以外)	氏 名		年 齢	続柄	職 業	在宅状況		
					有・無	同居 / 別居		
					有・無	同居 / 別居		
					有・無	同居 / 別居		
					有・無	同居 / 別居		
現在の状況	在宅・入院・入所		年 月 ~ (病院名・施設名)					
紹介者	事業所名(居宅・病院・その他)							
	氏名			電話				
今後の 方針	施設入所 (老健・特養など他施設の 申込状況)							
	自宅・その他							
介護保険 負担限度額認定証	有・無	介護保険 負担割合証	1割・2割・3割	身体障害者 手帳	有・無	健康保険	後期高齢・国保・社保・生保	
希望居室	個 室 ・ 2 人 室 ・ 4 人 室 ・ 希 望 な し							