

取扱注意

入所・短期入所 申込書

介護老人保健施設 ほほえみの丘
施設長 蒔田知美 殿

令和 年 月 日

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					