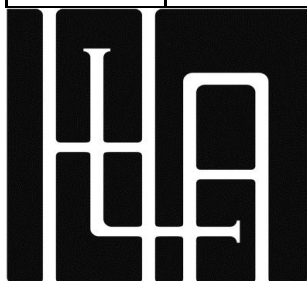


利用申込書（入所・ショートステイ）

年 月 日

フリガナ	生年月日	明・大・昭 年 月 日			
ご利用者 氏 名	年 齢	満 歳	性 別	男・女	
住 所	〒 - 電話 () -				
利用希望	<input type="checkbox"/> 入所.....希望月(年 月 頃) <input type="checkbox"/> ショートステイ...希望期間(年 月 日 ~ 年 月 日)				
現在の 状 況	<input type="checkbox"/> 自 宅 : (一人暮らし・ご夫婦で生活・家族と同居) <input type="checkbox"/> 入院中 : 病院名() 病名() <input type="checkbox"/> 施設入所中 : 施設名 ()				
施設利用 の理由等					
かかりつけ 医療機関名	科	科	主治医	Dr.	
介護保険	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 要支援() <input type="checkbox"/> 要介護() <input type="checkbox"/> 認定中 <input type="checkbox"/> 認定を受けていない				
	保 険 者	被保険者番号			
	認定日(年 月 日)	有効期間(年 月 日 ~ 年 月 日)			
	介護保険負担限度額認定証 <input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り → 利用者負担段階(段階)				
保険種別	<input type="checkbox"/> 後期高齢者医療受給者証 <input type="checkbox"/> 社保(本人・家族) <input type="checkbox"/> 国保(本人・家族) <input type="checkbox"/> 共済(本人・家族) <input type="checkbox"/> 生活保護				
居宅介護 支援事業所	事業所名:				
	ケアマネージャー:			電話 () -	
退所後の予定	<input type="checkbox"/> 在宅を希望 <input type="checkbox"/> 施設を希望 <input type="checkbox"/> その他()				
フリガナ	連絡先	自宅 () -			
お申し 込み者		携帯 () -			
		職場 () -			
住 所	〒 -				



**HOME LAND
ABENO**

〒545-0023

大阪市阿倍野区王子町4-1-46

T E L 06-6621-1123

F A X 06-6621-6123