

利用申し込み書(新規 ・ 回目) NO _____

令和 年 月 日

利用者	フリガナ氏名 印	生年月日	明・大・昭 男・女 年 月 日 歳
	住所 〒	TEL	
申込者	フリガナ氏名 印	利用希望者との続柄	
	住所 〒	TEL	
身元引受人	フリガナ氏名 印	利用希望者との続柄	
	住所 〒	TEL	
利用内容	1. 入所 2. 短期入所(介護予防短期入所) 3. 通所リハビリテーション(介護予防通所リハ) 4. 訪問リハビリテーション(介護予防訪問)		
利用申込理由			
利用希望期間	年 月 日 ~ 年 月 日		
現在の状況	1. 自宅で生活 (独居 ・ 同居) 医療機関受診は している ・ していない 医療機関名() 病名()		
	2. 入院中 年 月 日 ~ 医療機関名() 病名()		
	3. 施設入所中 年 月 日 ~ 施設名()		
	4. その他		
退所後の予定	1. 自宅 2. 他施設利用 3. 未定		
介護保険	要介護度 () 認定期間 年 月 日 ~ 年 月 日		
	ケアマネジャー:事業者名() 担当者名:()		
	TEL:() FAX:()		
健康保険	1. 国保(本人・家族) 2. 社保(本人・家族) 3. 生活保護(福祉事務所)		
	保険者番号() 記号・番号()		
	交付年月日: 年 月 日 有効期限: 年 月 日		
後期高齢者医療被保険者証	受給者番号() 交付年月日 年 月 日		
	一部負担金の割合()		
身障手帳	有 ・ 無 (種 級) 取得年月日()		
	障害名 ()		
	都道府県名() (第 号)		
減免可否等	介護保険負担限度額認定は受けていますか? (はい ・ いいえ)		