

老人保健施設入所申込書

申込日 年 月 日

利用者名	フリガナ 氏名	男・女	明治・大正・昭和 年 月 日(歳)	
	住所 〒 電話	介護保険	介護保険被保険者番号	
			要介護区分	
			認定有効期間 年 月 日～ 年 月 日	
認定日 年 月 日				
担当居宅介護支援事業者名				
介護支援専門員		TEL ()	FAX ()	
申請者	フリガナ 氏名	対象者との関係		
	住所 〒	電話 携帯番号		
緊急連絡先1	フリガナ 氏名	対象者との関係		
	住所 〒	電話 携帯番号		
緊急連絡先2	フリガナ 氏名	対象者との関係		
	住所 〒	電話 携帯番号		
申請理由				
負担限度額 食費 300円 ・ 390円 ・ 650円 ・ なし			生活保護受給 あり ・ なし	
希望部屋 どちらでも良い ・ 個室 ・ 多床室				
希望期間 ・1～2ヶ月 ・2～3ヶ月 ・3ヶ月以上				
他施設利用				
・訪問介護 ()		・短期入所生活介護 ()		
・通所介護 ()		・短期入所療養介護 ()		
・通所リハ ()		・特養措置申請書 ()		
・訪問看護 ()		・訪問入浴介護 ()		

申請代行業所/申請代行者

* 申し込みの日から6ヶ月を超えて連絡が無い場合は、キャンセルの扱いとさせていただきます。

再度申込みされる際には、お手数ですが、再申請をお願い致します。

* 要介護状態や身体状況などが変わられた場合には速やかにご連絡下さい。

受付日 年 月 日 受付者 ()
 ～心がかよう、心が安らぐ、環境づくり～
 武田病院グループ 本部 福祉事業部