

## 施設利用申込書

希望施設の□にチェック  介護老人保健施設 万年青苑 ( 多床室 ・  個室)  
 特別養護老人ホーム きりしま邸苑

利用希望者 氏名	(フリガナ)	<input type="checkbox"/> 男	<input type="checkbox"/> 大正	年 月 日 ( 歳)
		<input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 昭和	
住所	〒 電話( ) -			
申込者 連絡先	氏名	住所	〒	
	(続柄 年齢 歳)	電話		
入所希望理由(「介護者の休養」など具体的に)				
本人の状況・家族の状況等特記事項				
入所希望期間: 令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日				
介護認定 要介護( )・申請中・更新中・区分変更申請中 介護保険被保険者番号 ( ) 認定の有効期間 年 月 日 ~ 年 月 日 介護保険負担割合 <input type="checkbox"/> 1割 <input type="checkbox"/> 2割 <input type="checkbox"/> 3割 介護保険負担限度額認定証 <input type="checkbox"/> あり ( 段階) <input type="checkbox"/> なし			指定居宅介護支援事業所名  担当ケアマネジャー( )	
家族構成(枠内記入可能な範囲でご記入下さい) ① 生計を共にする同居家族			現在の状況 <input type="checkbox"/> 自宅での生活 <input type="checkbox"/> 病院または他の施設へ入院(所)中 (名称: ) (期間: 年 月 日 ~ 年 月 日)	
氏名	(続柄) 年齢	就労	特別養護老人ホーム等申込状況 <input type="checkbox"/> 済み 申込施設名( ) <input type="checkbox"/> 未	
( )	( ) 歳	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		
( )	( ) 歳	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		
( )	( ) 歳	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		
② 別暮らしをしている家族			*かかりつけ医:( ) 輝山会記念病院への通院歴・施設利用歴 (該当箇所を○で囲んでください)	
(住所: )	( ) 歳	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 (本院 上久堅 下久堅 下條 訪看 万年青苑) <input type="checkbox"/> 無 (ID: )	
(住所: )	( ) 歳	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		
(住所: )	( ) 歳	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		

改訂:2024.1

申込受付者 記入欄	申込受付者	申込日			
	判定会日	判定結果	結果連絡日		