

医療法人 森田記念会

介護老人保健施設プロスペクトガーデンひたちなか

入所 ・ ショートステイ 利用申請書

私(申請者)は、施設機能を十分に理解したうえで、下記の通り貴施設の利用を申請いたします。

申請年月日 年 月 日 希望サービス 申請者 ⑩
□ 入所 住所
□ ショートステイ 電話番号

ふりがな		生年月日	M・T・S	年	月	日(歳)
利用者氏名		男・女	電話番号			
住所	〒					
主介護者		続柄		連絡先		
要介護区分	<input type="checkbox"/> 初回申請中 ・ <input type="checkbox"/> 要支援1 ・ <input type="checkbox"/> 要支援2 ・ <input type="checkbox"/> 区分変更申請中					
	<input type="checkbox"/> 要介護1 ・ <input type="checkbox"/> 要介護2 ・ <input type="checkbox"/> 要介護3 ・ <input type="checkbox"/> 要介護4 ・ <input type="checkbox"/> 要介護5					
介護保険負担割合	<input type="checkbox"/> 1割 ・ <input type="checkbox"/> 2割 ・ <input type="checkbox"/> 3割		身体障害者手帳	<input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有		
健康保険(種別)	<input type="checkbox"/> 社保 ・ <input type="checkbox"/> 国保 ・ <input type="checkbox"/> 後期高齢 ・ <input type="checkbox"/> 生活保護 ・ <input type="checkbox"/> その他()					
年金等	<input type="checkbox"/> 国民年金 ・ <input type="checkbox"/> 厚生年金 ・ <input type="checkbox"/> その他()			市町村民税(世帯)	<input type="checkbox"/> 課税 ・ <input type="checkbox"/> 非課税	
療養状況	自宅 ・ 入院中(病院名) ・ 入所中(施設名)					
家族構成	氏名	続柄	生年月日	備考		
同居・別居						
同居・別居						
同居・別居						
同居・別居						
同居・別居						
利用申請の理由(複数回答可)						
<input type="checkbox"/> 健康状態低下 ・ <input type="checkbox"/> 生活機能低下 ・ <input type="checkbox"/> 家庭の事情 ・ <input type="checkbox"/> 終末期および看取り ・ <input type="checkbox"/> その他						
【状況や具体的なご意向があればご記入下さい】						

※申請後に、ご本人の生活の様子・介護の様子を詳しく知るために面談を行いたいと思います。

※当施設へのご質問・ご要望については、下記までご連絡下さい。

介護老人保健施設プロスペクトガーデンひたちなか
支援相談課 TEL:029-354-3210(代表)