

利用申込書

介護老人保健施設ウェルケア新吉田 施設長 殿

平成 年 月 日

ふりがな		
申請者氏名 第一連絡先	印	続柄 () 職業 ()
〒		電話番号 ()
住所		携帯電話 ()
		携帯アドレス @

ふりがな							
利用者氏名	様	男・女	明・大・昭	年	月	日	歳
現住所	〒			電話	()		
介護保険	被保険者番号			認定年月日 年 月 日			
	認定有効期間 年 月 日 ~ 年 月 日			要介護度 () □申請中			
保険の種類	社保・国保・後期高齢者医療・生活保護・その他 ()			身障者手帳 有・無			
経済状況	本人	年金(種類	年額	円)	その他(種類	年額	円)・無
	家族	収入(種類	年額	円)	無		

利用 種 別	□入所	一般棟 ・ 認知症専門棟 期間 □1~3ヶ月 □3~6ヶ月	居室希望 □4人 □2人 □個室 私物洗濯 □家族 □衣類リース
	□短期入所	ご希望の期間 月 日~ 月 日 / 利用日数 日間	
現 在 の 状 況	□在宅療養中	主な介護者 かかりつけ医 居宅介護支援事業者 介護サービス利用状況 □ヘルパー □訪問看護 □デイサービス □ショートステイ □往診	続柄 () 受診の頻度 週・月 回 担当ケアマネジャー
	□医療機関入院中	□介護療養型医療施設 □病院 □その他 () 医療機関名 入院日 平成 年 月 日	
	□施設入所中	施設名 入所日 平成 年 月 日	

退所後の予定	□在宅(同居・別居) □施設(未申請・申請済 名称:)
--------	------------------------------

利用目的	□機能訓練 □生活の活性化 □介護者の負担軽減 □他施設入居待ち ※必ず記入して下さい
------	---

ふりがな		
保証人氏名	印 続柄 ()	電話番号 ()

住所	〒	携帯電話 ()
		職業 ()

ふりがな		
その他連絡先 申請者以外	印 続柄 ()	電話番号 ()

住所	〒	携帯電話 ()
		職業 ()

※ 記入漏れのないようお願いいたします。 重要なお知らせがございますので裏面をご確認ください。