

短期入所療養介護利用申込書

平成 年 月 日

介護老人保健施設
リハビリセンターあゆみ
施設長 殿

(ふりがな)				男	明治・大正・昭和		
申込者氏名				女	年 月 日 (歳)		
住 所	〒 _____		TEL _____		滋賀県		
利用目的	本人： 家族：			病歴			
保険証関係	健康保険証	いずれかに○		<input type="checkbox"/> 後期高齢者医療【 】 <input type="checkbox"/> 国民健康保険【 】			
	介護保険証	要支援 1 2 要介護 1 2 3 4 5		<input type="checkbox"/> その他保険証【 】			
	その他	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳【 】 <input type="checkbox"/> 特定疾患受給者証【 】 <input type="checkbox"/> 介護保険負担割合証【 割】 <input type="checkbox"/> 福祉助成券【 】 <input type="checkbox"/> 介護保険負担限度額認定証【 】					
現在の状況	【 】入院中 (病院名：)			【 】在宅で生活中 利用サービス			
	【 】入所中 (施設名：)						
身元引受人	氏 名 (続柄)		住 所		T E L		
希望リハビリ内容	【 】 身体的アプローチ 【 】 言語・口腔機能的アプローチ						
備考							
かかりつけ医療機関	病院名			担 当 介護支援専門員	事業所名		
	担当医			担当者			

上記の者の短期入所療養介護の利用申し込みを申請いたします。

申込時必要書類 (施設記入欄)

- 健康診断書 (3ヶ月以内のもの)
- フェイスシート
- 介護保険証の写し
- ケアプラン (ショート計画が入っているもの)
- 医療・看護・介護 等の情報
- 退院後の場合、リハ・看護サマリ

申込申請者

連絡先 住 所
TEL
氏 名 _____ 印
続 柄 ()