

入所申込書

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 ・ 女	明治・大正・昭和 年 月 日(歳)
申込者氏名			
住 所	〒 - - 滋賀県	TEL - -	
入所目的			
病 歴			
保険証関係	健康保険証	いずれかに○ 後期高齢者医療【 】 国民健康保険【 】 政府管掌健康保険【 】	
	介護保険被保険者証	要介護度	1 2 3 4 5
		保険者番号	
		被保険者番号	
		認定年月日	年 月 日
	有効年月日	年 月 日 ~ 年 月 日	
そ の 他	身体障害者手帳【 】 特定疾患受給者証【 】 福祉助成券 【 】 介護保険負担限度額認定証【 】段階		
現在の状況	【 】自宅で生活 【 】入院中 () 入院日 年 月 日 【 】施設入所中 () 入所日 年 月 日		
退所後に ついて	【 】自宅に帰る 【 】他施設へ入る 【 】その他		
身元引受人	氏 名(続柄)	住 所	T E L
備 考			
担当居宅介護支援事業所名 (担当介護支援専門員名)			

上記の者の入所申し込みを申請いたします。

<input type="checkbox"/> 申込時必要書類(施設記入欄) <input type="checkbox"/> 健康診断書(3ヶ月以内のもの) <input type="checkbox"/> 介護保険証の写し
--

申込申請者

連絡先 住 所

T E L

続柄() 氏 名

印