

リハビリセンターあゆみ 入所申込書

申込日：令和 年 月 日

◇本人の状況

氏名 (申込者本人)			男 ・ 女	明治・大正・昭和	
				年 月 日 (歳)	
住所 電話					
現在の状況	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 施設 (名称：) <input type="checkbox"/> 病院 (名称：) <input type="checkbox"/> その他 ()				
自宅の場合	利用中の介護サービス <input type="checkbox"/> 訪問介護 <input type="checkbox"/> 訪問入浴 <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 訪問リハビリ <input type="checkbox"/> ショートステイ <input type="checkbox"/> 通所介護 (デイサービス) <input type="checkbox"/> 通所リハビリ (デイケア) <input type="checkbox"/> 福祉用具 (杖・手すり・車いす・ベッド・スロープ・その他) <input type="checkbox"/> その他 ()				
ケアマネジャー	事業所名			担当者	
かかりつけ医	病院		Dr		
認知症の有無	有・無	診断名()		認知症高齢者の日常生活自立度 ()	
備考	<u>※その他、申し込み施設</u>				

◇申請者

氏名 (申込申請者)		続柄	固定電話： 携帯電話：	
住所				
主たる介護者 氏名		続柄	固定電話： 携帯電話：	
住所				

※今後のご連絡の際に使用しますのでお手数ですが正確にご記入ください。

申込書提出後にご本人、ご家族の状況に変更が生じた場合にはご連絡ください。

※申込書に添えて提出する書類

介護保険被保険者証(写) 介護保険負担割合証(写) 健康診断書(写)
 (お持ちの方) 介護保険負担限度額認定証(写)