

利用申請書

申請先施設名 介護老人保健施設 マムフローラ
 介護老人保健施設 マムクオーレ 御中
 介護老人保健施設 マムクオーレII

申請日			
入所区分	<input type="checkbox"/> 長期入所	利用区分	<input type="checkbox"/> 新規利用
	<input type="checkbox"/> 短期入所		<input type="checkbox"/> 再利用

利用者	フリガナ		性別	生年月日	年齢	ID番号
	氏名		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		歳	
	住所	〒 — —		電話番号	— —	

介護保険情報	被保険者番号		保険者			
	要介護認定	<input type="checkbox"/> 要支1 <input type="checkbox"/> 要支2 <input type="checkbox"/> 要介1 <input type="checkbox"/> 要介2 <input type="checkbox"/> 要介3 <input type="checkbox"/> 要介4 <input type="checkbox"/> 要介5 <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 未申請				
	有効期間	～			認定日	
	負担段階	<input type="checkbox"/> 1段階 <input type="checkbox"/> 2段階 <input type="checkbox"/> 3段階① <input type="checkbox"/> 3段階② <input type="checkbox"/> 4段階 <input type="checkbox"/> 未申請				
	担当居宅支援事業所など				担当者名	
	事業所の所在地	〒		【電話】		

その他情報	医療保険種別	<input type="checkbox"/> 後期高齢者 <input type="checkbox"/> 国民保険 <input type="checkbox"/> 社会保険 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 生活保護(担当CW)				
	手帳など	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 <input type="checkbox"/> 療育手帳 <input type="checkbox"/> 精神保健福祉手帳 <input type="checkbox"/> その他()				
		等級	級	障害名など		
年金種別	<input type="checkbox"/> 国民年金 <input type="checkbox"/> 厚生年金 <input type="checkbox"/> 共済年金 <input type="checkbox"/> 生活保護 <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> 特記事項					

申込者	フリガナ		続柄	住所	〒
	氏名			電話番号	- -

家族などの状況	緊急連絡先	①	氏名		②	氏名	
		電話①	-	-	電話①	-	-
		電話②	-	-	電話②	-	-
	家族構成	氏名	続柄	世帯状況	連絡先など	家族構成図	

現在の状況	<input type="checkbox"/> 在宅 <input type="checkbox"/> 入院・入所中	退所後の予定(希望)	<input type="checkbox"/> 在宅復帰 <input type="checkbox"/> 施設入所・病院入院(申請済の施設名を以下に記入)
	入院入所施設名		申請施設
			①
			②
			③

部屋の種類	<input type="checkbox"/> 個室 <input type="checkbox"/> 総室 <input type="checkbox"/> どちらでも可	短期入所の利用希望日	～
-------	---	------------	---