

介護老人保健施設『くらかけの里』短期入所療養介護利用申込書

令和 年 月 日

「老人保健施設くらかけの里」 管理者 殿

利用者	氏名	ふりがな	明・大・昭		年	月	日生
	住所	〒	—	☎			(男・女) (歳)
扶養者	氏名	ふりがな	続柄		()		
	住所	〒	—	☎			()
緊急時連絡先	①	ふりがな	☎	自宅	()		
	②	ふりがな	☎	自宅	()		
	③	ふりがな	☎	自宅	()		
<利用目的>							
2. 家族の状況 (主たる介護者に○をつけてください)					3. 現在の状況		
	氏名	続柄	同居/別居	年齢	職業又は年金の種類	入院中	
			同・別			【病院名: ()】	
			同・別			施設入所中	
			同・別			【施設名: ()】	
			同・別			外来受診	
			同・別			【病院名: ()】	
			同・別			【診療科: ()】	
4. 介護保険被保険者証の記載内容							
・要介護状態区分 ・要支援 _____ 要介護度 _____ 介護負担限度額認定証 無 ・ 有 (段階)							
・介護保険有効期間 令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日							
・被保険者番号							
※ 利用に関してご不明な点がありました遠慮なくご相談下さい。							
・この申込書は別添「利用者個人票」と一緒に施設に提出下さい。							
老人保健施設 くらかけの里 TEL 018-878-6622 FAX 018-878-6611							

《施設記入欄》

受付年月日	令和 年 月 日	受付者	㊟
-------	----------	-----	---