

利 用 申 込 書

平成 年 月 日

フリガナ			生年月日	明・大・昭	年	月	日
ご利用者氏名			年 齡	満	歳	性 別	男・女
	〒 -						
住 所	電話：						
利用希望	<input type="checkbox"/> 入所・・・希望月（H 年 月 頃）						
	<input type="checkbox"/> ショートステイ・・・希望期間（H 年 月 日～H 年 月 日）						
現在の状況	<input type="checkbox"/> 自 宅：（一人暮らし・ご夫婦で生活・家族と同居）						
	<input type="checkbox"/> 入院中：病院名（ ）病名（ ）						
	<input type="checkbox"/> 施設入所中：施設名（ ）						
施設利用の理由等							
かかりつけ医療機関名		科		科	主治医	Dr.	
介護保険	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 要支援（ ） <input type="checkbox"/> 要介護（ ） <input type="checkbox"/> 認定中 <input type="checkbox"/> 認定を受けていない						
	保 険 者		被保険者番号				
	認定日（H 年 月 日）		有効期間（H 年 月 日～H 年 月 日）				
	介護保険負担限度額認定証 <input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り → 利用者負担段階（ 段階）						
保険種別	<input type="checkbox"/> 後期高齢者医療受給者証 <input type="checkbox"/> 社保（本人・家族） <input type="checkbox"/> 国保（本人・家族） <input type="checkbox"/> 共済（本人・家族） <input type="checkbox"/> 生活保護						
居宅介護支援事業所	事業所名：						
	ケアマネージャー：			電話：			
退所後の予定	<input type="checkbox"/> 在宅を希望 <input type="checkbox"/> 施設を希望 <input type="checkbox"/> その他（ ）						
フリガナ			続 柄				
お申し込み者							
連絡先	(自宅)			(携帯)			
住 所	〒 -						



介護老人保健施設
パークサイド
なごみ

〒546-0024
大阪市東住吉区公園南矢田3-19-12
TEL 06-6606-2211
FAX 06-6606-2212