

介護老人保健施設ハートテラス中野弥生町利用申込書

施設記入欄		申込者連絡先 兼 説明確認欄 ※郵便物などはこの連絡先にお送りいたします	
申込日	年 月 日	住所	〒
受付担当			都 道 府 県
予定部屋No.() ()		連絡先	①
入所予定日 年 月 日			②
現況調査	備考: 年 月 日現在 <input type="checkbox"/> 他施設 <input type="checkbox"/> 取消	フリガナ氏名	続柄
	備考: 年 月 日現在 <input type="checkbox"/> 他施設 <input type="checkbox"/> 取消		

※私は施設利用申し込みの際し、利用申込から利用契約迄の手続き及び利用順位の決定方法について、各申込施設より説明を受けました。

希望サービス	<input type="checkbox"/> 入所 <input type="checkbox"/> 短期入所	
フリガナ氏名	男・女	M・T・S 年 月 日生 ()歳
住所	〒	連絡先 TEL 携帯
要介護度	要支援() 要介護() ※ <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 申請中 ■保険者 ■被保険者番号	
有効期限	年 月 日から 年 月 日まで	担当CM 所属 氏名
介護減額	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (第 段階)	医療減額 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (区分 I・II) 負担割合 1割・2割・3割
健康保険	<input type="checkbox"/> 後期 <input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 社保 <input type="checkbox"/> 生活保護 <input type="checkbox"/> その他 障害手帳 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 等級 種 判定 級()	
年金等の収入	月額()円 <input type="checkbox"/> 国民年金 <input type="checkbox"/> 厚生年金 <input type="checkbox"/> 遺族年金 <input type="checkbox"/> その他()	
家族構成	氏名	続柄 年齢 職業(勤務先) 連絡先
		TEL:() 携帯電話:
		TEL:() 携帯電話:
		TEL:() 携帯電話:
入所希望の動機		
現在の所在地	<input type="checkbox"/> 自宅 (<input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 同居)	
	<input type="checkbox"/> 病院 (病院名) 入院日()	現在利用しているサービス
	<input type="checkbox"/> 施設 (施設名) 入所日()	<input type="checkbox"/> ヘルパー (事業所) 週回() <input type="checkbox"/> 訪問看護 (事業所) 週回()
	<input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> デイサービス (事業所) 週回() <input type="checkbox"/> 通所リハ (事業所) 週回()
他施設への申込状況	<input type="checkbox"/> 特養 <input type="checkbox"/> 老健 <input type="checkbox"/> その他 (施設名)	将来の方向性 <input type="checkbox"/> 在宅復帰 <input type="checkbox"/> 施設希望 <input type="checkbox"/> 看取り希望

※記載事項の変更やお申し込みの取消をされる場合は遅延なくご連絡頂きますようお願いいたします。また当該入所事務を円滑に行うために、必要な場合に限り、本入所申込書記載内容に関して、担当の居宅介護事業所、病院等の関連機関へ紹介することをご了承ください。