

利 用 申 込 書

令和 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 〒 ー 電話：						
利用希望	<input type="checkbox"/> 入所・・・希望月（R 年 月 頃）						
	<input type="checkbox"/> ショートステイ・・・希望期間（R 年 月 日～R 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（ 年 月 日 ）		有効期間（ 年 月 日～ 年 月 日 ）				
	介護保険負担割合 <input type="checkbox"/> 1割 <input type="checkbox"/> 2割 <input type="checkbox"/> 3割						
	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 ）						
健康保険	<input type="checkbox"/> 後期高齢者医療制度 <input type="checkbox"/> 被用者健康保険（協会けんぽ、組合健保、共済組合）〈本人・家族〉						
	<input type="checkbox"/> 国民健康保険・国民健康保険組合〈本人・家族〉 <input type="checkbox"/> 未加入（生活保護受給者）						
居宅介護支援事業所	事業所名：						
	ケアマネジャー：			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	〒 ー						



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