

施設利用申込書

医療法人 啓仁会
介護老人保健施設 三鷹ロイヤルの丘 施設長殿

下記の通り貴施設の入所を希望いたします。

平成 年 月 日

利用者	ふりがな		生 年	明治・大正・昭和
	氏 名		月 日	年 月 日
	住 所	〒	性 別	男・女（ 歳）
			電 話	（ ） -
申込者	ふりがな		続 柄	
	氏 名			
	住 所	〒	電 話	（ ） -
			携 帯	（ ） -
介 護 保 険	要介護度（要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5 申請中）			
	有効期限（平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日）			
	介護保険負担限度額認定証 <input type="checkbox"/> 有（ 段階） <input type="checkbox"/> 無			
利 用 希 望	<input type="checkbox"/> 入所 : 療 養 室 <input type="checkbox"/> 一般室 <input type="checkbox"/> 特別室			
	<input type="checkbox"/> ショートステイ : 送迎希望 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無			
	<input type="checkbox"/> 通所リハビリ (※送迎はショートステイと通所リハビリのみ)			
現 在 の 状 況	<input type="checkbox"/> 在宅			
	<input type="checkbox"/> 医療機関入院中（医療機関名： ）			
	<input type="checkbox"/> 施設入所中（施設名： ）			
利用される理由				
退所後の見込み	<input type="checkbox"/> 在 宅（同居者： ）			
	<input type="checkbox"/> 施 設（種 類： ）			
	<input type="checkbox"/> その他（ ）			
かかりつけ医療機関	Tel			
担当ケアマネジャー 居宅介護支援事業所	Tel			

※介護保険証のコピーを添付してください。