

介護老人保健施設 雅秀苑  
入所申込書

申込日： 年 月 日

利用者	フリガナ	性別	生年月日		
	氏名	男・女	明治	年	月 日
	住所 〒				
	TEL:				
介護保険	未認定・申請中・認定済み（要支援・要介護 1 2 3 4 5）				
	認定の有効期間：令和 年 月 日～令和 年 月 日				
申込者	フリガナ	続柄	連絡先①（ ）		
	氏名		連絡先②（ ）		
	住所 〒				
家族構成	氏名	続柄	年齢	住所	TEL
現状	<input type="checkbox"/> 在宅生活中(独居・夫婦のみ・家族同居)			<input type="checkbox"/> 居宅介護支援事業所及び担当者名	
	<input type="checkbox"/> 病院入院中(病院名： 入院日 年 月 日)			( ) -	
	<input type="checkbox"/> 施設入所中(施設名： 入所日 年 月 日)				
	<input type="checkbox"/> その他：				
希望内容	<input type="checkbox"/> 施設入所 年 月 頃から				
※ 現在の病状や生活状況、ご利用の理由(動機)、退所後の予定など必ずご記入ください。					
他施設の申込:無/有(施設名) 申込日 年 月 日頃)					

※添付書類：診療情報提供書・介護保険被保険者証・負担割合証・負担限度額認定証（写し）