

利用申込書 訪問リハビリテーション

令和 年 月 日

この度、介護老人保健施設 滝根「聖・オリオンの郷」を利用したいので、申し込み致します。

介護老人保健施設 滝根「聖・オリオンの郷」 施設長（管理者）様

| | | | | | | | | | | | |
|-----------|--------------------------------------|------------------------------------------|--|-------------------|---------------|-------|---|---|---|---|--|
| 利用希望者 | ふりがな | | | 男・女 | 生年月日 | 明・大・昭 | 年 | 月 | 日 | 歳 | |
| | 氏名 | | | | | | | | | | |
| | 住所 | 〒□□□-□□□□ | | TEL () | | - | | | | | |
| | 居宅 / 地域包括 | なし ・ あり (事業所名 担当者名) | | | | | | | | | |
| | 介護保険被保険者証 | 要支援 1 2 / 要介護 1 2 3 4 5 申請中 (新規 区変 更新) | | | | | | | | | |
| | | 認定の有効期間 年 月 日 ~ 年 月 日 | | | | | | | | | |
| | 介護保険負担割合証 | 1割 ・ 2割 ・ 3割 | | 介護保険負担限度額認定証 | なし ・ あり ・ 申請中 | | | | | | |
| | 後期高齢者医療被保険者証 | なし ・ あり ※75歳以上の方が対象となります | | | | | | | | | |
| 健康保険被保険者証 | なし ・ 国保 ・ 社保 ・ その他 () / 高齢受給者証 / 生保 | | | | | | | | | | |
| 障害者手帳 | なし ・ あり | | | 重度心身障がい者医療費受給資格者証 | なし ・ あり | | | | | | |

| | | | | | | | | | | |
|--------|------|-----------|----|-----------|--------|--------|---|---|---|---|
| 身元引受人 | ふりがな | | | 男・女 | 生年月日 | 大・昭・平 | 年 | 月 | 日 | 歳 |
| | 氏名 | | | (印) | | | | | | |
| | 住所 | 〒□□□-□□□□ | | TEL () | | - | | | | |
| | | | | 携帯TEL () | | - | | | | |
| 勤務先 | 名称 | TEL () - | | | | | | | | |
| | 所在地 | | | | | | | | | |
| 家族・近親者 | 氏名 | 続柄 | 年齢 | 世帯別 | 居住の市町村 | 連絡先TEL | | | | |
| | | | | 同・別 | | | | | | |
| | | | | 同・別 | | | | | | |
| | | | | 同・別 | | | | | | |

利用希望者の病経歴等を書いてください

| | | | | | | |
|-------------|----|-----|----|----|-----|----|
| いままでにかかった病気 | 年 | 病名 | 入院 | 年 | 病名 | 入院 |
| | 月頃 | 病院名 | 通院 | 月頃 | 病院名 | 通院 |
| | 年 | 病名 | 入院 | 年 | 病名 | 入院 |
| | 月頃 | 病院名 | 通院 | 月頃 | 病院名 | 通院 |
| 本人希望 | | | | | | |
| 家族希望 | | | | | | |