

介護老人福祉施設 利用申込書

令和 年 月 日

社会福祉法人 和告福祉会
指定介護老人福祉施設 和久園

ふりがな		性別		〒 -	
氏名		男・女		住所	
生年月日	明・大・昭				
	年 月 日 (歳)			電話番号 ()	
介護保険被保険者証	被保険者番号				
	要介護度	要支援1 ・ 要支援2 ・ 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5			
	認定の有効期間	年 月 日 ~ 年 月 日			
	保険者	※介護保険証を発行した市町村名を記入			
施設利用の申込状況	<input type="checkbox"/> 和久園のみ申し込んでいる <input type="checkbox"/> 他の施設も申し込んでいる				
現在の状況	<input type="checkbox"/> 自宅で一人暮らしをしている <input type="checkbox"/> 自宅で家族と暮らしている <input type="checkbox"/> 自宅以外の家で暮らしている (連絡先) <input type="checkbox"/> 施設・病院等で生活している ※施設・病院名 _____ ※上記利用日 年 月 日から利用している				
健康状態	治療中の病気・既往歴				
	入院歴				
現在利用中の介護サービス					
身体・介護上で困っていること					

申請者	氏名		続柄	
	住所	〒 -	日中の連絡先	
			夜間の連絡先	

担当ケアマネージャー	事業所名			
	氏名		電話番号	

※認定の有効期間が申込書の有効期間になります。認定の有効期間や要介護度等が変更になった場合は、当施設までご連絡をお願いします。

※申し込みの必要がなくなった場合も、当施設までご連絡をお願いします。