

介護療養型老人保健施設 せせらぎ 入所申込書

※ 診断書と一緒に提出してください

申込年月日 年 月 日

利用される方の

ふりがな

氏名 _____ (印) 性別 男 女

生年月日 M・T・S 年 月 日 年齢 _____ 歳

住所 〒□□□-□□□□ _____

電話番号 _____

申込者の

ふりがな

氏名 _____ (印) 利用される方との続柄 _____

住所 〒□□□-□□□□ _____

(利用される方と同じであれば記載不要)

電話番号 _____ 携帯電話番号 _____

(利用される方と同じであれば記載不要)

現在の状況(申込理由や本人・家族の状況等、できるだけ詳しくご記入ください)

・退所後の生活場所：在宅・施設()・その他()

・入所希望期間：(約 カ月程度) ・担当ケアマネ()

保険証類

該当する項目を○で囲ってください

- ① 国民健康保険証 ② 社会健康保険証 ③ 後期高齢者医療受給者証
- ④ 後期高齢者医療限度額適用・標準負担限度額減額認定証 (有 無)
- ⑤ 介護保険負担限度額認定証 (有 無) ⑥ 介護保険負担割合証
- ⑦ 重度医療受給者症 (有 無)
- ⑧ 介護保険証 (認定日 年 月 日 介護度: 1 2 3 4 5)
- ⑨ 原爆手帳 (有 無)
- ⑩ 身体障害者手帳 (有 無) (級)
- ⑪ その他()

※お持ちの保険証類を全てコピーし、添付してください。

受理者

受理日 令和 年 月 日