

# 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

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

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 後期高齢者医療被保険者証  
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 重度医療受給者証 ( 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

年

月

日