

介護老人保健施設利用申込書

介護老人保健施設
ケアタウンひまわり 管理者 様

令和 年 月 日

住所

申込者 氏名

(利用者との続柄)

電話 () -

私は、以下のとおり、介護老人保健施設を利用いたしたく申込みます。

利用者	ふりがな 氏 名	(生年月日) 大・昭・平 年 月 日 (才)
	住所 〒 -	
	電話 () -	
利用内容	1. 介護老人保健施設サービス（ロングステイ） 2. 短期入所療養介護（ショートステイ） 3. 介護予防短期入所療養介護（ショートステイ） 4. 通所リハビリテーション（デイケア） 5. 介護予防通所リハビリテーション（デイケア） 6. 訪問リハビリテーション 7. 予防訪問リハビリテーション	
利用する理由		
現在の居所	病院・施設・在宅・その他 () 施設又は病院の名称 ()	
入所後の意向	在宅 ・ 施設 () ・ その他 () ※ロングステイ希望の場合のみ記入をお願いいたします。	
現在の要介護度	要支援 (1 ・ 2) 要介護 (1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5) 区分変更中 (申請日)	
介護保険証の番号	被保険者番号	
	保険者の名称及び番号	
介護保険負担割合	1 割 ・ 2 割 ・ 3 割	
現在の介護保険認定有効期間	年 月 日 ~ 年 月 日	
ご利用の居宅介護支援事業所	事業所名 担当ケアマネジャー	

※別紙、「調査表」を記入し添付してください。