

# 医療法人北辰会 介護老人保健施設まなべ 入所申込書

令和 年 月 日

申請者	ふりがな			
	氏名	( 年齢 ) ( 続柄 )		
	住所	〒		
	電話	自宅	—	—
		携帯	—	—
		—	—	

入所希望者	ふりがな		
	氏名	( 男・女 )	
	生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日生 ( 歳 )	
	住所	〒	
	電話番号	— —	
<b>※下記の記入は、証書類の提示があれば不要です。</b>			
介護保険関連	要介護度	( ) 新規申請中 ・ 更新申請中 ・ 変更申請中	
	認定の有効期限	年 月 日 ~ 年 月 日	
	負担割合	割	
	負担限度額認定	なし・あり (食費負担限度額 300円・390円・650円)	
	障害手帳	なし・あり ( 級 ) ( 身障 ・ 療育 ・ 精神 )	
	生活保護	なし・あり	

居宅介護支援事業所		担当ケアマネ	
現在の状況	1. 在宅生活中 ( 家族同居 ・ 独居 ) 2. ショートステイ利用中 ( R 年 月 日 ~ R 年 月 日 ) (施設名: ) 3. 病院入院中 (入院日 R 年 月 日 ~ 退院予定日 R 年 月 日) (病院名: )		

※裏面への記入もお願いします。

家族構成 配属者・子ども 同居の孫・兄弟・妹姉等	氏名	続柄	年齢	所在地	職業	

かかりつけ医	医療機関名		医師名	受診頻度
		科		随時・定期( )
		科		随時・定期( )
		科		随時・定期( )

申し込み施設	1. 当施設のみ
	2. 他施設への申し込みあり (施設名: )

※申請者と同じであれば記入の必要はありません。			
第1連絡先	ふりがな		
	氏名	続柄 ( )	
	住所	〒	
	電話	自宅	— —
		携帯	— —
			— —
第2連絡先	ふりがな		
	氏名	続柄 ( )	
	住所	〒	
	電話	自宅	— —
		携帯	— —
			— —

お問い合わせ	医療法人北辰会 介護老人保健施設まなべ 〒799-1104 愛媛県西条市小松町妙口甲1521番地 電話 0898-72-6131 FAX 0898-72-6121
--------	---