

申込日	年 月 日
-----	-------

医療法人丸山会 介護療養型医療施設・介護老人保健施設 入所申込書

申込先施設（申込みを希望する施設を選択し、○印をしてください。）

ケアあおぞら （介護療養型医療施設）

御 所 苑 （介護老人保健施設）

ケアまるこ （介護老人保健施設）

入所希望者（本人）の状況

フリガナ 氏 名											男・女	M・T・S	年	月	日生	歳	
現 住 所	〒										電話番号						
介護保険 被保険者番号											保険者名 (市町村)						
要介護認定	☐ 要介護1 ☐ 要介護2 ☐ 要介護3 ☐ 要介護4 ☐ 要介護5 ☐ 申請中 ☐ 区分変更中 認定期間 年 月 日 ～ 年 月 日																
介護保険負担割合	☐ 1割 ☐ 2割																
担当の居宅介護 支援事業所等	事業所の名称										担当者名						
現 況	☐ 自宅 ☐ 病院へ入院中 (病院名 MSW) ☐ 老人保健施設入所中 (施設名 相談員) ☐ 介護療養型医療施設入所中 (施設名 ケアマネ) 特記 (,)																
入所希望日	年 月 日																
入所を希望する理由																	
入所申込者	フリガナ 氏 名	男・女															
	住 所	〒															
	連絡先	電話番号										携帯電話					
	同居の区分	☐ 同 居 ☐ 別 居															
	入所希望者 との関係	☐ 配偶者 ☐ 子 ☐ 子の配偶者 ☐ 兄弟姉妹 ☐ その他 ()															

