

受付日 年 月 日

医療法人 緑風会 利用申込書

利用希望施設	<input type="checkbox"/> 介護老人保健施設ハーモニック東部 <input type="checkbox"/> グループホーム 御姫尊 桃源郷 <input type="checkbox"/> 祢津診療所		<input type="checkbox"/> 有料老人ホーム VATER館 <input type="checkbox"/> グループホーム材木町・みどり	
利用者名	フリガナ	男 女	M T S	年 月 日 生 (歳)
住所	〒 _____ Tel (_____) - _____			
連絡先	氏名 _____ (続柄 _____)			
	電話 ① (_____) - _____ ② (_____) - _____			
	住所 (〒 _____)			
	その他 _____			
利用目的及び利用希望期間	_____ 年 _____ 月 _____ 日 ~ _____ 年 _____ 月 _____ 日頃			
現在の状況	① 入院・入所中 (_____ 年 _____ 月 _____ 日 ~ _____ 年 _____ 月 _____ 日頃) 病院・施設等名 _____ 担当医療ソーシャルワーカー・施設相談員 _____	介護サービス利用歴	担当居宅介護支援事業所等 _____	
	② 自宅 かかられている病院等名 _____		担当介護支援専門員氏名 _____ 利用中の介護サービス _____	
保険情報	介護保険		申請中 (調査日: _____) 認定済 (介護度 _____)	
			認定有効期間 _____ 年 _____ 月 _____ 日 ~ _____ 年 _____ 月 _____ 日	
	負担割合証	1割・2割・3割	負担限度額認定証	なし・あり (_____ 段階) ・不明
	障害者手帳等	なし・あり	医療保険証	後期高齢者証 国民健康保険 社会保険 その他 (_____)
<p>当法人が必要とする利用希望者等の個人情報をも市町村、担当介護支援専門員、他の医療・介護施設等から収集し入所判定の際に用いることにはあらかじめ同意いたします。</p> <p style="text-align: center;">令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日</p> <p style="text-align: center;">申込者 _____ 印 (続柄 _____)</p>				

*確認書類

介護保険証

介護保険負担割合証

負担限度額認定証

後期高齢者保険証