

医療法人 仁成会 老人保健施設 共通利用申込書

にいがた園

第二にいがた園

※申込みする施設にチェック

年 月 日

申込者 (連絡先)	ふりがな 氏名	住所 [〒]
	続柄 ()	TEL 携帯 勤務先 TEL

利用希望者	ふりがな 氏名	男 女	明治 大正 昭和	年 月 日	生まれ
	住所 [〒]	TEL			

利用内容	1. 入所、療養としての利用(期間) 2. ショートステイ(短期入所) 3. デイケア(通所リハビリ) 4. その他()
------	---

介護保険	要介護 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5	要支援 1 ・ 2
------	-----------------------	-----------

経済状況	本人の収入 月額 () 円 老齢(国・厚)年金 共済年金 遺族年金 障害年金 福祉年金 その他()
------	--

申込理由	特に困っていること など
------	--------------

現在の状況	1. 自宅で介護中(介護者) 2. 入院中(病院名) 3. 施設に入所中(施設名) 4. その他()
-------	---

家族構成 (同居者)	氏名	続柄	生年月日	勤務先	

退所後の生活 (予定)	1. 自宅療養 (在宅復帰) (主な介護者 続柄)
	2. 特別養護老人ホームへ入所 a. 未申請 b. 申請中 (施設名)
	3. その他 ()

希望療養室	1. 個室(1人部屋) 2. 多床室(2人・3人・4人部屋)
-------	--------------------------------