

入 所 利 用 申 込 書

介護老人保健施設 えびすの郷 施設長 殿

平成 年 月 日

利用者	氏名	ふりがな 男・女	生年月日	明・大・昭 年 月 日 歳			
	住所	〒	電話番号				
申請者	氏名	㊟	続柄				
	住所	〒	電話番号	自宅 携帯			
利用資格		要支援 I・II	介護保険負担割合 割	生活保護 / 有・無			
		要介護 1 2 3 4 5	介護保険 食費・居住費負担限度額 1段階 2段階 3段階 4段階 未調査				
現在の状況		<input type="checkbox"/> 自宅療養中 かかりつけ医..... <input type="checkbox"/> 病院に入院中 病院名..... <input type="checkbox"/> 介護施設に入所中 施設名.....			最終退院日 年 月 日 退院済み・退院予定		
希望内容		希望期間 ① ヶ月程度 ②長期希望 ③その他 () 入所の主な目的 ①リハビリ目的 ②施設待機 ③住宅環境 ④介護者理由 ⑤その他 () 退所後の方向性 ①在宅 ②他の家族と同居 ③特養 ④その他 () 個室希望 ①個室希望 ②個室でも多床室でも良い ③多床室希望 個室希望のタイプ※ Aタイプ Bタイプ Cタイプ Dタイプ ※池袋のみ4タイプあります。音羽は全て同一タイプです。 入所以外にご希望のサービス ショートステイ 通所 訪問リハビリ 訪問看護 (※音羽のみご提供)					
申込み理由							
連絡先		氏名	続柄	年齢	住所	電話	
		①				自宅 携帯 FAX 勤務先	
		E-Mail 携帯		/PC			
		希望連絡先 自宅 () 携帯 () FAX () PC () 携帯メール () 勤務先 () 連絡先として希望される順番に、数字を () 内にご記入下さい。 (急を要する場合は、希望順に関らずご連絡さしあげる事もございます。ご了承ください。)					
		②				自宅 携帯	
③				自宅 携帯			
居宅介護 支援事業所		名称	事業者番号:		電話	担当者名	
		住所					

えびすの郷処理欄

受付年月日	年 月 日	受付者	
利用判定日	年 月 日	結果	
結果連絡日	年 月 日	連絡者	