

# 介護老人保健施設 メディコ守山 利用申込書

介護老人保健施設 メディコ守山 施設長 殿

私は、介護老人保健施設メディコ守山の ( ) { } 利用申し込みをします。

- ・ 入所
- ・ 短期入所
- ・ 通所リハビリテーション

令和 年 月 日

申込者 氏名

住所

電話番号 ( ) -

利用者との続柄

フリガナ			男	<生年月日>		
利用者氏名			女	明治・大正・昭和 年 月 日 ( 歳)		
利用者住所					一人暮らし・夫婦のみ・同居・その他 ( ) TEL ( )	
介護保険	要支援 1 2 要介護 1 2 3 4 5	有効期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日			
その他保険	後期高齢者医療被保険者証 ( ) 割		福祉給付金資格者証	身体者障害者手帳 ( ) 級		生活保護
	介護保険負担限度額認定証 食費負担限度額 ( ) 円		その他 ( )			
現在の居所				紹介者		
かかりつけ医				担当ケアマネージャー		
フリガナ				利用者との関係	TEL ( )	
申込者名前						
申込者住所				利用希望理由		

病歴 入院(所) 歴			生活歴
年 月 日	入院先	病名	出身地：
			兄弟姉妹：
			学歴：
			職歴：
			性格：
			趣味：
			本人の収入：