

介護医療院 リリーフ 利用申込書

申込日	年 月 日	受付者		
※施設利用希望者				
フリガナ		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	
氏名		生年月日	年 月 日()	
住所	〒 _____			
入院・入所先	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 自宅外()に()年()月()日から入院・入所している 入院・入所理由(病名等) () 食事状況(胃瘻・経鼻経管・経口・絶食中) 担当者:()			
部屋の希望	<input type="checkbox"/> 4人部屋 <input type="checkbox"/> 2人部屋 <input type="checkbox"/> 個室 <input type="checkbox"/> 指定なし ※状況次第ではご希望に添えない場合がございます。			
利用希望者の状況	要介護認定	<input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5 <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 変更中		
	介護保険負担限度額認定証	認定期間 年 月 日 ~ 年 月 日 <input type="checkbox"/> あり(<input type="checkbox"/> 1段階 <input type="checkbox"/> 2段階 <input type="checkbox"/> 3段階-① <input type="checkbox"/> 3段階-②) <input type="checkbox"/> 該当しない <input type="checkbox"/> 分からない		
	年金の状況	<input type="checkbox"/> 国民年金 <input type="checkbox"/> 厚生年金 <input type="checkbox"/> 共済年金 <input type="checkbox"/> 遺族年金 <input type="checkbox"/> 障害年金 <input type="checkbox"/> その他() 金額(月 万円)		
	家族構成	氏名	住所/電話番号	
		主介護者①	〒 _____	
年齢() 続柄()		☎. _____		
②		〒 _____		
年齢() 続柄()		☎. _____		
③	〒 _____			
年齢() 続柄()	☎. _____			
④	〒 _____			
年齢() 続柄()	☎. _____			
緊急時の連絡の順番を教えてください。 ()→()→()→()				
主介護者について <input type="checkbox"/> 常時連絡がつく <input type="checkbox"/> 時間帯に制限がある()				
他施設への申し込み <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 他の施設にも申し込んでいる、これから申し込む予定がある()				

※入院・入所先の施設や担当ケアマネージャーさんへ情報提供の依頼をします。(同意する・同意しない)