

青梅白寿苑 短期入居生活介護 利用申込書

受付番号	第 _____ 号	平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日			
利用申込者	ふりがな 氏名	生年 月日	明治・大正・昭和 年 月 日	性別 男・女	
	住所	〒 _____			
	被保険者 No.	要介護度	Tel: _____		
申込代理人	氏名	続柄	Tel: _____		
	住所	〒 _____			
同居者 又は親族の 状況	氏名	続柄	住所	連絡先	
現在の 状況	(1) 在宅生活 (主な介護者: _____ 続柄 _____)				
	(2) 病院に入院中 (病院名: _____ Tel: _____)				
	(3) 施設入所中 (施設名: _____ Tel: _____)				
	(4) その他 (_____)				
健康保険	社保・国保・後期高齢・生活保護	老人医療等	老健・福・障		
年金受給	①受けている(_____ 年金・月額 _____ 円) ②受けていない				
身体障がい者 手帳の有無	①有	②無	(障がい名)		
	等級	種 級			
病歴	年 月 ~ 年 月まで	病名	病院		
	年 月 ~ 年 月まで	病名	病院		
	年 月 ~ 年 月まで	病名	病院		
利用希望日 (予約日)	① 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日 ~ 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日まで				
	② 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日 ~ 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日まで				
	③ 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日 ~ 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日まで				
	④ 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日 ~ 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日まで				
連絡事項					