

一 利 用 申 込 書 一

Ver. 2.01

<申請年月日 平成 年 月 日>

申請区分	<input type="checkbox"/> 介護老人保健施設サービス(入所) ・ <input type="checkbox"/> 短期入所療養介護サービス(ショートステイ)		
ふりがな		性別	生 年 月 日
利用者氏名		<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性	<input type="checkbox"/> 明治 ・ <input type="checkbox"/> 大正 ・ <input type="checkbox"/> 昭和 年 月 日 (歳)
住所・連絡先	〒 - 電話番号 - -		
ふりがな		続柄	生 年 月 日 (西暦)
申請者氏名			年 月 日
申請者住所	自宅 - -		
	携帯 - -		

●利用者本人・申請者以外の家族の状況

氏 名	続柄	生 年 月 日 (西暦)	連 絡 先	
		年 月 日	自宅	- -
			携帯	- -
住所	(〒 -)		収入	<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無
氏 名	続柄	生 年 月 日 (西暦)	連 絡 先	
		年 月 日	自宅	- -
			携帯	- -
住所	(〒 -)		収入	<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無
氏 名	続柄	生 年 月 日 (西暦)	連 絡 先	
		年 月 日	自宅	- -
			携帯	- -
住所	(〒 -)		収入	<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無

●かかりつけの医療機関

--

●介護保険被保険者証

認定の有効期間	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日
要介護状態区分	<input type="checkbox"/> 要支援1 ・ <input type="checkbox"/> 要支援2 ・ <input type="checkbox"/> 1 ・ <input type="checkbox"/> 2 ・ <input type="checkbox"/> 3 ・ <input type="checkbox"/> 4 ・ <input type="checkbox"/> 5

●医療保険証の種類

<input type="checkbox"/> 後期高齢者医療被保険者証	<input type="checkbox"/> 国民健康保険被保険者証		
交付年月日	平成 年 月 日	有効期限	平成 年 月 日

●限度額認定 ・ 生活保護受給の有無

<input type="checkbox"/> 介護保険負担限度額認定証	<input type="checkbox"/> 後期高齢者医療限度額適用・標準負担額減額認定証	<input type="checkbox"/> 生活保護
---------------------------------------	--	-------------------------------

●本人の年金・収入について

<input type="checkbox"/> 老齢年金 ・ <input type="checkbox"/> 障害年金 ・ <input type="checkbox"/> 遺族年金 ・ <input type="checkbox"/> その他の収入 ()
本人世帯の税込年収 () 万円 本人世帯の人数 ※世帯主含む () 人