

介護老人保健施設「コミュニティホーム岩内」入所利用申込書

コミュニティホーム岩内

施設長 殿

フリガナ				生年月日	大・昭 年 月 日 歳	性別	男・女	
利用者氏名				年月日	大・昭 年 月 日 歳	性別	男・女	
現住所	〒							
介護保険	介護保険証	有効期限	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日					
		認定日	令和 年 月 日		番号			
	要介護状態区分	要介護	1	2	3	4	5	負担割合
	利用者負担段階	町民税課税・非課税（3段階②・3段階①・2段階・1段階）						
医療保険	後期高齢者医療保険・社会保険・国民健康保険・共済保険・生活保護							
収入	月額	円	年金種類	厚生・国民・共済（老齢・障害・遺族）・無				
	その他（ ）							
障害手帳	無・有（ 年 月 日取得 種 級）							
	障害名							
連絡先	氏名		生年月日	昭・平	月	日	続柄	
	住所	〒						
	自宅番号		携帯電話					
	氏名		生年月日	昭・平	月	日	続柄	
	住所	〒						
	自宅番号		携帯電話					
	氏名		生年月日	昭・平	月	日	続柄	
	住所	〒						
自宅番号		携帯電話						
入所目的	1. 在宅復帰・在宅生活継続のためのリハビリ 2. 介護者の休養・一時的な介護者不在							
	3. 次の施設が決まるまでの一時的な入所 4. 検討中							
今後の方向性	在宅・他施設（施設名：							
入所希望時期	1) 今すぐ入所したい 2) 時期は決まっていない 3) その他（ ）							

※申込みに際し、別紙の「個人情報使用同意書」をご確認ください。

コミュニティホーム岩内は在宅復帰を目指すリハビリ施設です。在宅復帰が困難な場合には他施設をお申込みいただき、次の施設等が決まるまでの一時的な入所となることにご同意下さい。

上記に同意したうえで入所申込みをいたします。

令和 年 月 日

申請者

続柄

住所

連絡先（ ） -