

## 利 用 申 込 書 (入所・通所)

令和 年 月 日

この度、介護老人保健施設「聖・オリーブの郷」を利用したいので、申し込み致します。

## 介護老人保健施設「聖・オリーブの郷」施設長（管理者）様

利用希望者	フリガナ	.....		男・女	生年月日	大・昭 年 月 日	歳
	氏名						
	住所	〒□□□□-□□□□			TEL ( ) -		
	居室 / 地域包括	なし・あり (事業所名 担当者名 )					
	介護保険被保険者証	要支援 1 2 / 要介護 1 2 3 4 5 申請中 ( 新規 区変 更新 )					
		認定の有効期間 令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日					
	介護保険負担割合証	1割・2割・3割	介護保険負担限度額認定証	なし・あり・申請中			
後期高齢者医療被保険者証	なし・あり ※75歳以上の方が対象となります						
健康保険被保険者証	なし・国保・社保・その他 ( ) / 高齢受給者証 / 生保						
障害者手帳	なし・あり		重度心身障がい者医療費受給資格者証	なし・あり			

身元引受人	フリガナ	.....		男・女	生年月日	大・昭・平 年 月 日	歳
	氏名			印			
	住所	〒□□□□-□□□□			固定TEL ( ) -		※例：長男
					携帯TEL ( ) -		
勤務先	名称				TEL ( ) -		
	所在地						
家族・近親者	氏名	続柄	年齢	世帯別	居住の市町村	連絡先TEL	
				同・別			
				同・別			
				同・別			

利用希望者の病経歴等を書いてください

いままでにかかった病気	年病名		入院	年病名		入院
	月頃病院名		通院	月頃病院名		通院
	年病名		入院	年病名		入院
	月頃病院名		通院	月頃病院名		通院
性格	朗らか・親しみやすい・几帳面・とけこめない・頑固・短気・わがまま・その他 ( )					
精神及び行動障害	認知症・不潔行為 (便いじり等)・暴力行為・暴言行為・大声・失見当 (日時がわからない等)・妄想被害妄想・徘徊 (昼・夜)・無断外出・自傷行為・その他 ( )					
利用希望サービス	□長期入所 □短期入所 (予防短期) □通所リハビリ (予防通所)					
利用希望理由						