介護老人保健施設めぐみ　ショートステイ・入所 申し込み書

申込年月日　　年　　月　　日

利用者氏名	ふりがな	生年月日	年　月　日　歳
利用者住所	〒	電話番号	
介護度	要支援１・２　要介護１・２・３・４・５・更新中・ 区分変更中・新規申請中		
負担割合	１割 ・ ２割 ・ ３割	減額段階	１段階・２段階・３①段階・３②段階・４段階・確認中
担当ケアマネ	名前　様	電話番号	
	事業所名：		
かかりつけ医療機関	担当医：		
現在の居場所	自宅・医療機関・施設（名称：　）		

利用後の連絡先					
申込代理者	ふりがな	続柄		電話番号	自宅: 携帯： 勤務先：
第1連絡先	ふりがな	続柄		電話番号	自宅: 携帯： 勤務先：
	住所 〒				
第2連絡先	ふりがな	続柄		電話番号	自宅: 携帯： 勤務先：
	住所 〒				
第3連絡先	ふりがな	続柄		電話番号	自宅: 携帯： 勤務先：
	住所 〒				

その他	
医療保険	国保・後期・社保・共済・生活保護（　事務所　担当：　）
障がい手帳	身体・精神・療育(愛の）手帳（　種　級・度）
経済状況	年金・福祉手当・その他（　）　約　万円　/　1ヶ月・2ヶ月
今後について	自宅・施設（特養・民間施設）・検討中・決まっていない
特養申請	未申請　・　申請済み（　）