

青梅白寿苑 短期入居生活介護 利用申込書

受付番号	第 _____ 号	令和 _____ 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 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日 ~ 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日まで			
	② 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日 ~ 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日まで			
	③ 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日 ~ 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日まで			
	④ 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日 ~ 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日まで			