

申込日	令和 年 月 日	受付日	令和 年 月 日
-----	----------	-----	----------

社会福祉法人 長岡三古老人福祉会 利用申込書

【特別養護老人ホーム】 みしま園・横山けやき苑・桐原の郷・縄文の杜関原・中之島・桜ガーデンプレイス福住・サクラレ福住・わしま

【介護老人保健施設】 グリーンヒル与板・てらどまり 【ケアハウス】 桐原の郷・けやきの杜・福戸 【生活福祉センター】 桐原の郷

【介護付有料老人ホーム】 桜ガーデンプレイス福住 【サービス付き高齢者向け住宅】 サクラレ福住

【グループホーム】 けやき・けやきの杜・まきやま・桜ガーデンプレイス福住・中之島・新組・川崎東・わしま

※希望する施設を○で囲んでください。

申込者 氏名	ふりがな	続柄	
		生年月日	大正・昭和・平成 年 月 日 (歳)
住所	〒 -		
	電話番号(自宅・携帯) - -		
申込の経緯	<input type="checkbox"/> 紹介された(紹介者:) <input type="checkbox"/> 特に紹介されていない		

対象者 氏名	ふりがな	性別	男・女
		生年月日	大正・昭和 年 月 日 (歳)
住所	〒 -		
	電話番号 - -		
現況	<input type="checkbox"/> 自宅 (単身・同居)		
	<input type="checkbox"/> 自宅以外 施設名(病院名) _____ (年 月 ~ /担当者名:)		
	<input type="checkbox"/> すぐに利用したい <input type="checkbox"/> すぐに利用しなくてもよい (年 月頃)		
	<input type="checkbox"/> 当法人以外にも申し込んでいる () () ()		
退所後の 予定	<input type="checkbox"/> 自宅		
	<input type="checkbox"/> 自宅以外 (特別養護老人ホーム・介護老人保健施設・グループホーム・その他)		

介護保険	(被保険者番号)	(保険者番号)	(保険者名)					
	認定区分	申請中	区分変更中	自立	要支援1	要支援2	負担割合	1割 2割 3割
		要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5		
	認定期間	平成・令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日						
	居宅介護支援事業所				担当ケアマネ			
	負担限度額認定証	<input type="checkbox"/> 交付あり (段階)			<input type="checkbox"/> 未申請	<input type="checkbox"/> 対象外		
社会福祉法人負担軽減確認証	<input type="checkbox"/> 交付あり			<input type="checkbox"/> 未申請	<input type="checkbox"/> 対象外			

健康保険	(種別) 後期高齢・国保・健保・組合・その他() (保険者名)
------	----------------------------------

年金給付	(種別) 国民・厚生・共済・老齢・障害・遺族・恩給・その他()
	(給付額) 月額 計 万円 / 年額 計 万円
	(その他の収入) 月額 計 万円 / 年額 計 万円

障害者手帳	(種別) 身体障害者手帳・療育手帳・精神障害者保健福祉手帳
	(障害名) (級別) 級 (交付) 年 月 日

医療の状況	病歴												
	<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <th>疾病</th> <th>医療機関</th> <th>期間</th> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>年 月 ~ 年 月</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>年 月 ~ 年 月</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>年 月 ~ 年 月</td> </tr> </table>	疾病	医療機関	期間			年 月 ~ 年 月			年 月 ~ 年 月			年 月 ~ 年 月
	疾病	医療機関	期間										
			年 月 ~ 年 月										
		年 月 ~ 年 月											
		年 月 ~ 年 月											

