

介護老人保健施設キーストーン 申込み書

申込み日

年

月

日

FAX:03-3637-2002

利用者氏名			男 女	明治 大正 昭和 年 月 日 才
利用者住所	〒		電話番号 - -	
利用区分	<input type="checkbox"/> 入所 ◆(差額あり・差額なし)			
	<input type="checkbox"/> ショートステイ	◆初回利用希望日: / ~ /		
	<input type="checkbox"/> 通所リハビリ	◆希望利用曜日: 週 回 / 月・火・水・木・金・土		
※通所リハビリ・ショートステイを御希望の方は以下の記入もお願い致します。				
◆入浴: 有・無 ◆車椅子: 有・無 ◆送迎: 有・無				
介護保険	□新規申請中 □更新・区更中 (変更日: /) 認定期間 年 月 日 ~ 年 月 日			
	介護度	<input type="checkbox"/> 要支援 1 2 <input type="checkbox"/> 要介護 1 2 3 4 5	負担限度額 ※入所、ショート	<input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 取得済 段階
	最初に申請したのはいつですか?	年 月頃(申請のきっかけ:)		
負担割合証	(1・2・3)割	生活保護	有・無	身体障害者手帳 <input type="checkbox"/> 取得済み(等級 種 級)
受けている(いた)サービス	□デイサービス(週 回)・□ショートステイ(頻度:)			
	□訪問介護(週 回)・□その他のサービス()			
相談者			才	続柄
主介護者			才	続柄
主介護者住所	〒		電話番号 - -	
主介護者の情報		職業	勤務状況	公休: (曜日)
請求書先	送付先氏名	送付先住所 <small>※もしくは記入してください</small>		<input type="checkbox"/> 主介護者住所と同じ ・ <input type="checkbox"/> 本人住所と同じ <input type="checkbox"/> 上記以外の場合
事故発生時及び緊急時の連絡先	①	様	続柄	自宅・携帯・勤務先 - -
	②	様	続柄	自宅・携帯・勤務先 - -
	③	様	続柄	自宅・携帯・勤務先 - -
	④	様	続柄	自宅・携帯・勤務先 - -
既往歴 <small>(過去に患った病気の経歴)</small>	#1病名		病院	通院・入院 年 月
	#2病名		病院	通院・入院 年 月
	#3病名		病院	通院・入院 年 月
	#4病名		病院	通院・入院 年 月
	#5病名		病院	通院・入院 年 月
担当ケアマネジャー 及び 担当ソーシャルワーカー情報				
居宅介護支援事業所名 及び 病院・施設名			ご担当者 様	
TEL:			FAX:	