

利用申込書 (入所 ・ 短期入所 ・ 通所)

介護老人保健施設 eハウス

受付日 : 令和 年 月 日

開始日 : 令和 年 月 日

利用者氏名	フリガナ 氏 名 (男 ・ 女)		
生年月日	明治 ・ 大正 ・ 昭和 ()年()月()日 ()歳		
住 所	(〒 -) Tel(- -)		
介護保険証	要介護状態区分 (要支援 1 ・ 2 / 要介護 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5)		
	設定の有効期間 令和()年 ()月 ()日 ~ 令和()年 ()月 ()日		
	割合負担	(1割 ・ 2割 ・ 3割)	市町村
健康保険証	<input type="checkbox"/> 国保 (本人 ・ 家族扶養) <input type="checkbox"/> 共済 (本人 ・ 家族扶養) <input type="checkbox"/> 社保 (本人 ・ 家族扶養) <input type="checkbox"/> 後期高齢者		
被爆者手帳	あり ・ なし	障害者手帳	(あり ・ なし) (級)
負担限度額認定証	(申請未 / 申請中 / 1 ・ 2 ・ 3① ・ 3② 段階 / 非該当)		
居宅介護支援事業所			担当者名
			Tel(- -)
かかりつけ医		担当医	Tel(- -)

申込者 (緊急連絡先)	氏名 () 続柄 ()	自宅TEL (- -)
	住所 (〒 -)	携帯 (- -) 勤務先名称 () 勤務先TEL (- -)
申込者以外の 緊急連絡先 (2名)	氏名 () 続柄 ()	自宅TEL (- -)
	住所 (〒 -)	携帯 (- -) 勤務先名称 () 勤務先TEL (- -)
	氏名 () 続柄 ()	自宅TEL (- -)
	住所 (〒 -)	携帯 (- -) 勤務先名称 () 勤務先TEL (- -)
支払方法	窓口支払 ・ 振込郵送先 氏名: ()	
洗濯	家人 ・ ランドリー (袋購入 有・無)	
入所の方のみ コロナワクチン接種	3回目 R 年 月 日	4回目
		R 年 月 日