

介護老人福祉施設 (特別養護老人ホーム) あさひ苑ショート申込書

申込日 年 月 日

受付日 年 月 日

申請者	ふりがな					明・大・昭 年 月 日	
	氏名	(印) (続柄)					
	住所						電話 ( )
本人	ふりがな					性別 男・女	
	氏名	(印)					
	現住所						電話 ( )
	生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日生 ( 歳)					
	介護 保険者証	保険者	市・町・村	保険者番号	市町村番号		
		被保険者番号		要介護度	1・2・3・4・5		
		認定期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで				
その他 保険証等	<input type="checkbox"/> 健康保険 (種別 番号) <input type="checkbox"/> 老人医療受給者証 <input type="checkbox"/> 年金等種別 ( <input type="checkbox"/> 国民年金 <input type="checkbox"/> 厚生年金 <input type="checkbox"/> 共済年金 <input type="checkbox"/> 恩給 <input type="checkbox"/> その他 ( )) <input type="checkbox"/> 課税世帯 <input type="checkbox"/> 非課税世帯 <input type="checkbox"/> 生活保護世帯 <input type="checkbox"/> 重度心身障害者医療費受給者証 <input type="checkbox"/> 障害者手帳 (種類 判定 級 障害名)						
利用料の 支払	当施設の利用料の支払予定についてお答えください <input type="checkbox"/> 本人負担 <input type="checkbox"/> 一部縁故者負担 <input type="checkbox"/> 全額縁故者負担 <input type="checkbox"/> その他						
ショート 希望する 理由				主治医			
家族	家族構成	氏名	年齢	続柄	本人と同居・別居	備考 (主たる介護者の方○)	
担当介護支援 専門員	事業所名					電話 ( )	
	氏名						

※ 必ず2名御記入ください。

緊急連絡先	1	住所	—	固定電話	( )
		氏名		携帯電話	( )
	2	住所	—	固定電話	( )
		氏名		携帯電話	( )