

利用申込書

社会福祉法人日浦会 御中

申込希望先にレ点チェック

☐	① 介護老人保健施設エスポアルそとめ
☐	☐ 個室 ☐ 2人部屋 ☐ 4人部屋
☐	② 同上 (介護予防) 短期入所療養介護
☐	☐ 個室 ☐ 2人部屋 ☐ 4人部屋

申込人(保証人) 利用者との続柄: _____

〒 _____
住所: _____

氏名: _____ (印)

TEL: (自宅) _____ - _____ - _____
(携帯) _____ - _____ - _____

上記希望先へ、注意事項の確認と理解をしたうえで次の理由により利用申込みをいたします。また、申込みにあたり、必要な診療情報等を提供し、提供した情報を貴法人で利用することに同意します。

理由											
基本事項	利用者	フリガナ				性別	生年	年	月	日	
		氏名				男	女	月日	年齢 () 歳		
	現況	☐ 在宅	☐ 入院	病院・施設名: _____							
		☐ 施設	入院・入所日: _____ 年 _____ 月 _____ 日								
	住所	〒 _____ - _____ ☐ 申込人と同じ					電話番号				
						(携帯) _____ - _____ - _____					
						(自宅) _____ - _____ - _____					
家族構成	氏名	続柄	住所				電話番号				
希望退所先	☐ 自宅 ☐ 日浦グループの入所系施設 ☐ 他法人の入所系施設 ☐ その他 ()										
利用者保険事項	介護保険	保険区分	要介護	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐ 申請中		
			要支援	☐ 1	☐ 2	負担割合証 () 割			☐ 区変中		
		有効期限	_____ 年 _____ 月 _____ 日 ~ _____ 年 _____ 月 _____ 日								
		負担限度額認定証	☐ 有 () 段階 ☐ 無 _____ 年 _____ 月 _____ 日申請								
	健康保険	☐ 後期高齢者医療被保険者証 ☐ 国保 ☐ 社保 ☐ 共済 ☐ 生活保護 ☐ その他 ()									
公費	☐ 有 { ☐ 被爆者健康手帳 ☐ 被爆者体験者精神医療受給者証 ☐ 無 ☐ 生活保護 ☐ その他 ()										
障害者手帳	☐ 有 障害名「 _____ 」 _____ 級 _____ 種 ☐ 無										

【注意事項】 介護老人保健施設は病院から自宅等への中間施設であり、エスポアルそとめでは、在宅復帰を目指すためのリハビリテーションや訓練・介護等を、3～6ヶ月を目途に提供しております。退所後、独居等の理由により自宅での生活が困難な場合などは、日浦グループ、及び当法人内の入所系施設(グループホーム等)をご案内可能です。