

利用申込書

社会福祉法人日浦会 御中

申込希望先にし点チェック

<input type="checkbox"/>	① 介護老人保健施設エスポアルそとめ
	<input type="checkbox"/> 個室 <input type="checkbox"/> 2人部屋 <input type="checkbox"/> 4人部屋
<input type="checkbox"/>	② 同上 (介護予防) 短期入所療養介護
	<input type="checkbox"/> 個室 <input type="checkbox"/> 2人部屋 <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 在宅	<input type="checkbox"/> 入院	病院・施設名:							
		<input type="checkbox"/> 施設	入院・入所日: 年 月 日								
住所	〒	- <input type="checkbox"/> 申込人と同じ			電話番号						
					(携帯)	-	-				
家族構成	氏名	続柄	住所				電話番号				
希望退所先	<input type="checkbox"/> 自宅	<input type="checkbox"/> 日浦グループの入所系施設				<input type="checkbox"/> 他法人の入所系施設					
	<input type="checkbox"/> その他 ()										
利用者保険事項	介護保険	要介護	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 申請中			
		要支援	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	負担割合証 () 割			<input type="checkbox"/> 区変中			
	有効期限	年 月 日 ~				年 月 日					
	負担限度額認定証	<input type="checkbox"/> 有 () 段階			<input type="checkbox"/> 無		年 月 日申請				
健康保険	<input type="checkbox"/> 後期高齢者医療被保険者証 <input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 社保										
	<input type="checkbox"/> 共済 <input type="checkbox"/> 生活保護 <input type="checkbox"/> その他 ()										
公費	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 被爆者健康手帳		<input type="checkbox"/> 被爆者体験者精神医療受給者証				<input type="checkbox"/> 無			
		<input type="checkbox"/> 生活保護		<input type="checkbox"/> その他 ()							
障害者手帳	<input type="checkbox"/> 有	障害名「 」				級	種	<input type="checkbox"/> 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。