

# 入所利用申込書

令和 年 月 日

周防大島町立介護医療院 殿

1. 一般入所      2. 短期入所

利用申込者	氏名	フリガナ		男・女	明・大・昭      年      月      日 (      歳)		
	住所	〒      TEL (      )      -					
連絡先	続柄 (      ) 氏名 住所 〒				自宅TEL (      )      - 携帯TEL (      )      -		
1 申し込み理由 (1) 介護が困難 (2) その他 (      )							
2. 家族状況 (主たる介護者に○印)				3. 現在の状況			
氏名	続柄	年齢	職業	(1) 入院中 (病医院名      ) (病名      )			
				(2) 施設入所中 (施設名      )			
				(3) 在宅 外来受診      有 (病医院名      )			
				4. 居室希望 (1) 1人部屋      (2) 4人部屋			
5. 介護保険認定							
<input type="checkbox"/> 有    要介護    1    ・    2    ・    3    ・    4    ・    5 認定有効期間 (      年      月      日 ~      年      月      日) 居宅介護支援事業所:      担当ケアマネ: <input type="checkbox"/> 変更申請中 <input type="checkbox"/> 更新申請中      その他: <input type="checkbox"/> 無							
6. 特記事項							