

山形虹の会サービス利用申請書

申請番号				* 太枠内は記入しないでください。
受理した日				記入日 年 月 日
受理した職員	申請	<input type="checkbox"/> 老健 <input type="checkbox"/> 短期療養 <input type="checkbox"/> 通所リハビリ <input type="checkbox"/> 訪問入浴 <input type="checkbox"/> 短期生活		
被保険者番号	区分	<input type="checkbox"/> 短期生活2号館 <input type="checkbox"/> グループホーム <input type="checkbox"/> グループホーム南館		
フリガナ	生 年 月 日			性 別
対象者氏名	<input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <div style="text-align: right; margin-right: 50px;">年 月 日 (才)</div>			<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
住所	郵便番号	—	電話番号 ()	—
現在の居所	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 病院(病院 病棟) <input type="checkbox"/> 老人保健施設() <input type="checkbox"/> その他()			
申請者	氏名	郵便番号 — 住所		
	本人との関係	連絡先電話番号 ①自宅 () — 自宅以外で平日の9:00～17:30で連絡可能な番号をお願いします。 ②携帯 () — 希望時間 ③勤務先 () —		
家族構成 (本人を除く)	氏名	続柄	生年月日	職業・健康状況
			大・昭・平・令 年 月 日(才)	
			大・昭・平・令 年 月 日(才)	
			大・昭・平・令 年 月 日(才)	
			大・昭・平・令 年 月 日(才)	
			大・昭・平・令 年 月 日(才)	
			大・昭・平・令 年 月 日(才)	
要介護認定の結果など	申請状況 <input type="checkbox"/> 申請済 <input type="checkbox"/> 申請中(申請日) <input type="checkbox"/> 更新中 <input type="checkbox"/> 未申請			
	要介護状態区分 <input type="checkbox"/> 要支援(<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2) <input type="checkbox"/> 要介護(<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5)			
	認定期間 平成・令和 年 月 日 ~ 平成・令和 年 月 日			
主治医	主治医氏名		医療機関名(病院、医院名)	
在宅ケアプラン作成状況 (担当者がいる場合)	担当ケアマネジャー氏名		居宅介護支援事業所名	