

# 山形虹の会サービス利用申請書

\* 太枠内は記入しないでください。

申請番号				記入日	年	月	日
受理した日	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					
受理した職員	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					
被保険者番号	生年月日					性別	
対象者氏名	フリガナ	<input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和					<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
		年 月 日 ( 歳)					
対象者住所	郵便番号	—	電話番号	( )	—		
対象者の居所	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 病院 ( 病院 病棟 ) <input type="checkbox"/> その他 ( )						
申請者	フリガナ	郵便番号 —					
	氏名	住所					
	対象者との関係 (対象者から見て)	連絡先電話番号 ※平日の9:00~17:30で連絡可能な番号をご記入ください。					
		①( )	—	自宅・携帯・その他( )			
	②( )	—	自宅・携帯・その他( )				
	③( )	—	自宅・携帯・その他( )				
	④( )	—	自宅・携帯・その他( )				
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"/> 区分変更中(申請日 / ) <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 令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日						
主治医	医療機関名(病院、医院名)				主治医氏名		
在宅ケアプラン 作成状況 (担当者が いる場合)	居宅介護支援事業所名				担当ケアマネジャー氏名		