

# マチュアハウス中条 利用申込書

記入日	年	月	日
-----	---	---	---

介護老人保健施設マチュアハウス中条 御中

● 申込者

申込者	ふりがな				続柄
	氏名				
	住所	〒	—	都道府県	市区町村
	連絡先	電話（自宅）			

下記のとおり、介護老人保健施設マチュアハウス中条を利用したく申し込みます。

● 利用者

利用者	ふりがな				性別	
	氏名				男 ・ 女	
	生年月日	大正・昭和	年	月	日	（ 歳 ）
	住所	〒	—	都道府県	市区町村	
	電話	自宅		緊急連絡先	①	続柄 [ ]
				②	[ ]	
家族構成	氏名	続柄	年齢	職業	連絡先(勤務先・自宅・携帯等)	
介護保険	状態区分	要支援 ・ 要介護 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 ・ 申請中		負担割合証	1割 ・ 2割 ・ 3割	
	被保険者番号	<input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>		有効期間	年 月 日 ~ 年 月 日	
	介護支援専門員	担当者		事業所		

健康保険	・ 国民健康保険 ・ 健康保険組合 ・ 協会けんぽ（全国健康保険協会） ・ 船員保険 ・ 共済組合 ・ 後期高齢者
公的年金	・ 国民年金 ・ 厚生年金 ・ 共済年金 ・ 無年金
	年金受給額 約 万円／月額
希望サービス	・ 入所 ・ 短期入所 ・（予防）短期入所 ・ 通所リハ ・（予防）通所リハ ・ 訪問リハ ・（予防）訪問リハ
療養室希望	※ 入所または短期入所のみ記入 ・ 1人部屋 ・ 2人部屋 ・ 4人部屋 ・ 希望なし
利用の了解	1. 本人（了解・拒否的・不明） 2. 家族（全員了解・不賛成）

●生活状況

現在の状況	・ 自宅で生活			
	・ 入院中	病院名：	入院日	年 月 日
	・ 入所中	施設名：	入院日	年 月 日
サービス利用歴	・ 訪問介護 ・ 訪問看護 ・ 訪問リハ ・ 通所介護 ・ 通所リハ ・ 短期入所 ・ 福祉用具レンタル ・ その他（ ）			
職歴		職業終了年		
配偶者の有無	・ 既婚 ・ 未婚 ・ 離婚 ・ 死別 ・ その他			

●ご希望・ご要望

<p>1. 当施設の利用をご希望される理由を選択してください。</p> <p>※複数選択可能</p> <p>・ 自宅での介護が困難 ・ 独り暮らしが困難 ・ 介護負担を減らしたい          ・ 退院が間近に控えている ・ 次の施設が決まるまで入所したい          ・ リハビリがしたい ・ 転倒を予防したい ・ 入浴がしたい          ・ 外出、気分転換がしたい ・ 認知症を予防したい ・ その他（ ）</p>
<p>※入所希望者のみ回答ください。</p> <p>2. 当施設の退所後の生活について、選択してください。</p> <p>・ 在宅に戻ることが希望 ・ 他施設への入所を希望 ・ まだ決めていない</p>
<p>3. 当施設以外に申込みをしている施設</p> <p>・ あり（施設名： ）          ・ なし</p>