



京丹波町介護療養型老人保健施設入所申込書

申込日 年 月 日

京丹波町長 様

②
ふりがな
氏名 :
(続柄 :)
TEL :
①

申込者
住所
ふりがな
氏名
(利用者との続柄)
Tel ①
②

以下の内容により、京丹波町介護療養型老人保健施設への入所を申し込みます。

ふりがな	男	生年	明・大・昭			
利用者名	女	月日	年	月	日生 (歳)	
現住所	〒 -					
介護認定	(要介護度) 1 2 3 4 5					
現在の認定有効期間	年 月 日から 年 月 日まで					
世帯区分	介護者の 有・無 有の場合、主たる介護者 () 独居・高齢者世帯・その他 () () 人家族					
現在の居所	自宅・入院中 () ・施設入所 () ・その他 ()					
本人の入所意向	了承している・了承していない・不明・説明していない					
健康状態	【治療中の病気や既往歴】					
介護状態	【身体の状態や介護の内容】					

かかりつけ医	医療機関名 () 担当医師 ()
	医療機関名 () 担当医師 ()
	医療機関名 () 担当医師 ()
担当 ケアマネジャー	所 属 () ・担当者 ()
	電 話 ()
入所を希望する理由	
他施設等申込 状況	(年 月 : 申込済・申込予定)
	(年 月 : 申込済・申込予定)
	(年 月 : 申込済・申込予定)
	(年 月 : 申込済・申込予定)
老健退所後に 希望する生活の 拠点	第一希望: 自宅・施設 () ・病院 ()
	第二希望: 自宅・施設 () ・病院 ()
	第三希望: 自宅・施設 () ・病院 ()
	その他・備考:
情報提供に 関する入所希望 者の同意確認欄	私は、京丹波町介護療養型老人保健施設が、私の介護保険認定情報及び診療 情報を行政又は医療機関へ照会し、提供を受けることに同意します。 年 月 日 氏名 印

※1 介護保険証及び健康保険証の写しを添付してください。また障害者手帳、公費負担医療受給者証等をお持ちの方はその写しも添付してください。

※2 診療情報提供書等が必要と認める場合は、利用者の主治医に対して提供を求める場合があります。