

介護老人保健施設徳田山利用申込書

申請者氏名 (続柄)

住所 電話() -

利用者氏名	性別	生年月日
フリガナ 氏名	男 女	M・T・S 年 月 日 (歳)
住所	〒 - 電話() -	
利用希望内容	入所 ・ 短期入所 ・ 通所リハビリ 介護予防短期入所 ・ 介護予防通所リハビリ	
利用の理由	希望期間 () 頃 ・ わからない	
現在の状況	自宅 ・ 入院(入所)中 [病院・施設名] その他 ()	
主治医	病院 ・ 医院	先生
<input type="checkbox"/> 介護保険 … 要介護度 要支援 ・ 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 <input type="checkbox"/> ケアマネージャー … 事業者名 () 担当 様		

家族状況(主に介護している方に○) ※利用者からみでの続柄を記入

氏名	続柄	生年月日	職業	勤務先(学校)名	心身の状況(介護認定状況)

世帯のおおよその年間収入額
1. 80万円以下 2. 266万円以下 3. 266万円以上
国民年金 ・ 厚生年金 ・ (他収入)

緊急時連絡先

1 氏名	続柄()	連絡先	-	-
2 氏名	続柄()	連絡先	-	-