

介護老人保健施設(入所・短期入所)利用申込書

介護老人保健施設 シーザーズ
施設長 様

平成 年 月 日

申込者氏名()
利用者との続柄()

介護老人保健施設「シーザーズ」のサービス利用を申し込みます。

利用者	フリガナ 氏名		男・女	・明治 ・大正 ・昭和	年 月 日 歳
	住所	〒 -	電話		
			FAX		
連絡先 1	氏名	(続柄:)	電話		
	住所		FAX 携帯		
連絡先 2	氏名	(続柄:)	電話		
	住所		FAX 携帯		
かかりつけの医療機関 (医療機関) (担当医名)			居宅介護支援事業所 または医療機関名等 (ケアマネージャー・相談員) (電話番号)		
要介護(支援)認定	要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5 申請中				
自己負担割合	1割・2割	介護負担限度額認定証	なし 1・2・3 段階		
希望される月日	年 月 日～	年 月 日	希望の部屋	個室・2人部屋・3人部屋・4人部屋	
希望理由	1:リハビリ(日常生活の訓練) 2:保養 3:家庭での介護が困難 4:その他()	退所後の 方針	1 : 自宅 2 : 他施設 (申込み: 済・未) 申込み日() 申込み先() 3 : 検討中(理由等)		
現在の生活場所	自宅 施設(名称: 介護老人保健施設・グループホーム・その他) 病院(名称:)				
施設生活に対するご意向などがございましたらご記入下さい					

医療法人 シーザーズ・メディ・ケア
介護老人保健施設 シーザーズ

入所サービスご利用のお申込み手続きに必要な書類

以下の書類（コピー可）をお預かり致します
 お申し込み時に全て揃っている必要はありませんが
 ★の書類については、ご入所受け入れ可否の判定に必須となりますので
 お早めにご用意ください

★	利用申込書	ホームページより印刷できます。
★	診療情報提供書または施設情報提供書	かかりつけ医もしくはご利用中の施設よりお取り 付け願います
★	介護保険被保険者証	新規認定申請中の場合は不要ですが ご申請日や認定調査の日程などがわかるよう であればお知らせください
★	（お薬を服用されている場合） 服薬の内容がわかるもの	処方箋 お薬の説明書 おくすり手帳など
	介護保険負担割合証	1割負担・2割負担にかかわらずご提示ください
	保証人・緊急連絡先	利用申込書での記載と異なる場合は お知らせください
	健康保険証・後期高齢者医療被保険者証	
	身体障害者手帳	お持ちの場合はご用意ください
	介護保険負担限度額認定証	
	看護サマリー	現在ご入院・他施設ご利用中の場合は ご用意にご協力ください *当法人からご入院先等に依頼を させていただく場合もあります

お問い合わせ先

医療法人 シーザーズ・メディ・ケア
 介護老人保健施設 シーザーズ
 相談室

TEL：0125-74-6511
 FAX：0125-22-5645

ホームページ：caeser.jp