

利用申込書（長期・短期・通所）

受付日： 年 月 日

在宅支援事業所名		認定有効期間		/ / ~ / /	
ケアマネジャー氏名		要介護度		支1・2 介1・2・3・4・5・申請中	
利用申込者	氏名	ふりがな	男・女	生年月日 大・昭 年 月 日生 (才)	
	住所	〒 - 営 () -			
申請者	氏名	ふりがな	続柄	住所	営 () -
現在の状況	1. 在宅から 2. 入院中 (病院) 3. 介護療養型医療施設 () 4. 介護老人保健施設 () 5. 介護福祉施設 () 6. その他 ()				
	かかりつけ医 (病院) (科) (医師) かかりつけ医 (病院) (科) (医師)				
障害自立度： 認知自立度：					
利用の目的：					
入所希望期間				居室希望	
年 月 日～ 月 日の間				個室 (TV・保冷庫付) 2人室 (TV・保冷庫付) 4人室 (TV・保冷庫なし)	
家族構成 同居家族	氏名	続柄	年齢	職業	本人
主な介護者：					

神戸中央病院附属介護老人保健施設