

セントラル大田 利用申込書 【 介護医療院 ・ 短期入所(予防含む) ・ 通所リハ(予防含む) 】

* 太枠の中をご記入ください。

受付日 年 月 日 ()

フリガナ			歳	男・女	明・大・昭	年	月	日生
利用者名								
住所	〒				TEL			
フリガナ			続柄() 同居・別居					
申込者名								
申込者住所 (連絡先)	〒				TEL①			
					TEL②			
介護保険証	保険番号				(10桁)	保険者番号		
	介護度	支援1・支援2・1・2・3・4・5				認定年月日	年	月 日
	有効期間	年 月 日～			年 月 日	交付日	年	月 日
介護保険負担割合証	負担割合	1・2・3 割		負担限度額証	無・有 (第1・第2・第3① / ②)			
新型 コロナワクチン 接種記録	接種	無・有		接種券番号				
	最終接種	第()回目		接種日	年	月	日	メーカー:()
希望の サービス	入所	希望時期	年 月 日～		希望部屋			
	ショート	希望時期	月 日	:	～	月 日	:	送迎希望: 有・無
	通所	希望曜日	月・火・水・木・金・土			入浴希望:	有・無	
現在の状況	在宅	主介護者			協力者			
	入院中	病院名			TEL			
		病名			担当SW			
	入所中	施設名			TEL			
その他								
居宅介護 支援事業所	事業所名				事業所番号			
	住所	〒			TEL			
	ケアマネジャー				FAX			

申請理由

ご利用に際し、心配事・事前に知らせたい事があれば、ご記入ください。