

# 利用申し込み書

リハビリポート横浜施設長殿

平成 年 月 日

申込者氏名	印 続柄( )		連絡先①	( )
住所			連絡先②	( )
ふりがな				
利用者氏名	男・女	明・大・昭	年 月 日	歳
現住所	〒		電話	( )
要介護度		認定有効期間	平成 年 月 日 ~ 年 月 日	認定日 年 月 日
健康保険	・後期高齢者医療 ・社保 ・国保 ・生保 ・その他 ( )			

利用種別	<input type="checkbox"/> 入所	認知症棟 ・ 一般棟	居室希望 ( 4人 ・ 1人 ・ ユニット )
		入所のご希望時期	月頃
	<input type="checkbox"/> 短期入所	ご希望の期間	月 日 ~ 月 日 / 利用日数 日間
	<input type="checkbox"/> 通所リハビリ	ご希望の回数	週に 回 / ご希望の曜日
利用目的	<input type="checkbox"/> リハビリテーション <input type="checkbox"/> 在宅困難 <input type="checkbox"/> その他 ( )		
現在の状況	<input type="checkbox"/> 在宅療養中	主な介護者	続柄( )
		かかりつけ医	受診の頻度 週・月 回
		居宅介護支援事業者	
		現在利用中のサービス	
<input type="checkbox"/> 病院・施設入所中	病院・施設名		
	電話番号	( )	
	入院・入所日	平成 年 月 日 ~	

家族・親族構成	氏名	年齢	続柄

※以下は施設記入欄になります。

受付日	平成 年 月 日
ご紹介者	
居宅・病院	
連絡先	
受付者	
判定会日	平成 年 月 日
負担限度額認定証	・有 ( 1 ・ 2 ・ 3 ) ・無 ・申請中