

医療法人北辰会 介護老人保健施設まなべ  
入所申込書

令和 年 月 日

申請者	ふりがな			
	氏名	年齢 続柄 ( ) ( )		
	住所	〒		
	電話	自宅	— —	
		携帯	— —	
			— —	

入所希望者	ふりがな				
	氏名	(男・女)			
	生年月日	明治・大正・昭和	年	月	日生(歳)
	住所	〒			
	電話番号	— —			
※下記の記入は、証書類の提示があれば不要です。					
介護保険関連	要介護度	( ) 新規申請中・更新申請中・変更申請中			
	認定の有効期限	年 月 日 ~ 年 月 日			
	負担割合	割			
	負担限度額認定	なし・あり (食費負担限度額 300円・390円・650円)			
	障害手帳	なし・あり ( 級) ( 身障・療育・精神 )			
	生活保護	なし・あり			

居宅介護支援事業所		担当ケアマネ	
現在の状況	1. 在宅生活中 (家族同居・独居) 2. ショートステイ利用中 (R 年 月 日 ~ R 年 月 日) (施設名: ) 3. 病院入院中 (入院日 R 年 月 日 ~ 退院予定日 R 年 月 日) (病院名: )		

※裏面への記入もお願いします。

家族構成 配属者・子ども 同居の孫・兄弟・姉妹等	氏名	続柄	年齢	所在地	職業

かかりつけ医	医療機関名	医師名	受診頻度
		科	随時・定期( )
		科	随時・定期( )
		科	随時・定期( )

申し込み施設	1. 当施設のみ
	2. 他施設への申し込みあり (施設名: )

第1連絡先	※申請者と同じであれば記入の必要はありません。				
	ふりがな				
	氏名			続柄( )	
	住所	〒			
	電話	自宅	—	—	
		携帯	—	—	
			—	—	
第2連絡先	ふりがな				
	氏名			続柄( )	
	住所	〒			
	電話	自宅	—	—	
		携帯	—	—	
			—	—	

お問い合わせ	医療法人北辰会 介護老人保健施設まなべ
〒799-1104 愛媛県西条市小松町妙口甲1521番地	
電話 0898-72-6131 FAX 0898-72-6121	