

# 施設入所申込書

介護老人保健施設 リバティ博愛  
施設長 小林 隆弘 殿

令和 年 月 日

申込者住所 住所

氏名 印

続柄

☎(携帯)

受付日	令和 年 月 日	*相談者氏名					
入 所	フリガナ			男 ・ 女	生年 月日	明治 年 月 日 大正 昭和 歳	
	氏名						
希 望	住所	〒 ☎					
	保険者名	被保険者番号					
者	要介護度	認定年月日		平成・令和 年 月 日			
	有効期間	平成・令和 年 月 日		～ 平成・令和 年 月 日			
	介護保険負担限度額認定証の有無	1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 (無)					
	介護保険負担割合	1割 ・ 2割 ・ 3割					
かかりつけ医氏名					電話番号		
担当介護支援専門員氏名					電話番号		
動 機 等	① 入所希望の動機						
	② 入所期間はどの程度必要と考えていますか。1ヶ月・2ヶ月・3ヶ月・6ヶ月・6ヶ月以上						
現 在 の 状 況	① 自宅の生活で主な介護者は誰ですか？( 続柄 )						
	② 病院受診等について ・受診していない ・受診している( 入院中 ・ 通院 ・ 往診 )						
	病院(医院)名	(					
	診療科目	(					
	入院期間	(令和・平成 年 月 日 ～ 令和 年 月 日 )					
	③ 施設入所中 (施設名						
	④ その他 (						
世 帯 構 成 状	氏名	続柄	年齢	性別	職業	健康状態	備考
緊 急 連 絡 先	フリガナ			続柄	住所 〒		
	①氏名						
	夜間の連絡先等(自宅)				(携帯番号)		
	フリガナ			続柄	住所 〒		
	②氏名						
	夜間の連絡先等(自宅)				(携帯番号)		