

ショートステイ 甲府城南ケアセンター入居申込（ご家族記入）

申込日 平成 年 月 日

(ふりがな) 入居申込者氏名		性別	男 ・ 女		
		生年月日	明・大・昭 年 月 日（ 歳）		
現住所	〒		電話番号		
介護保険者			被保険者番号		
要介護度	要支援1・要支援2・要介護1・要介護2・要介護3・要介護4・要介護5				
要介護認定期間	平成 年 月 日 ～ 平成 年 月 日				
介護保険付帯割合証	<input type="checkbox"/> 1割負担 <input type="checkbox"/> 2割負担 <input type="checkbox"/> 3割負担				
介護保険負担限度額認定証	<input type="checkbox"/> 第1段階 <input type="checkbox"/> 第2段階 <input type="checkbox"/> 第3段階 <input type="checkbox"/> 第4段階				
身体障害者手帳	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（ 種 級 障害名： ）				
医療保険	<input type="checkbox"/> 後期高齢者医 <input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 健保 <input type="checkbox"/> 共済 <input type="checkbox"/> 生活保護				
年金保険	<input type="checkbox"/> 国民 <input type="checkbox"/> 厚生 <input type="checkbox"/> 遺族年金 <input type="checkbox"/> その他（ ）				

【本人の状況】

1. 現 状	<input type="checkbox"/> 自宅で一人暮らし <input type="checkbox"/> 自宅で家族と暮らしている <input type="checkbox"/> 病院・老健などの施設に入っている 利用している方は記入してください ◇病院名又は施設名 ◇所在地 ◇入院又は入所期間：平成 年 月 日から入院・入所している
2. 利用希望理由	<input type="checkbox"/> 介護する者がいない <input type="checkbox"/> 介護者が高齢、病気、就労 <input type="checkbox"/> 家族はいるが、介護が困難
4. 医療状況	<input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> ペースメーカー <input type="checkbox"/> インスリン注射 <input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> 膀胱留置カテーテル <input type="checkbox"/> 経管栄養（経鼻・胃ろう・腸ろう） <input type="checkbox"/> その他（ ） ◇現在治療中の病名 ◇病院名 ◇主治医

【申込者連絡先】

(ふりがな) 氏 名		続柄				性 別	男 ・ 女	
		生年月日	明・大・昭・平 年 月 日					
住 所	〒		電話番号					
同居の有無	<input type="checkbox"/> 同居している <input type="checkbox"/> 別居している <input type="checkbox"/> 別居しているが同敷地内にて生活							
利用申し込みを 希望される理由								