

受 付 日			
令和	年	月	日

利 用 申 込 書

介護老人保健施設ゆうあい

利用区分 (利用希望に○)		1. 入所 2. 短期入所 (予防・介護) 3. 通所リハビリ (予防・介護)			
ふりがな		性 別		生 年 月 日	
氏 名		男・女		大正 年 月 日 昭和 (歳)	
現 住 所		〒		電 話 番 号	
				() —	
介 護 保 険 証	被保険者番号	保険者名			
	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・申請中			
	認定期間	令和 年 月 日 ～ 令和 年 月 日	認定日	令和 年 月 日	
	負担限度額認定証	有 ・ 無		食費負担額	円
	負担割合証	1割負担・2割負担・3割負担			
健 康 保 険 証	種 類	国保 ・ 社保 ・ 共済 ・ 後期高齢者 ・ 生保			
	記号・番号				
	保険者番号				
標準負担額減額認定証		有 ・ 無		適用区分	
身体障害手帳		有・無	種 級	障 害 名	
心身障害医療費 受給者証		有・無	公費負担者番号		
			受給資格者番号		
恩給・年金		種 類		月 額	約 万円
		種 類		月 額	約 万円
居宅介護支援 事業所				電話番号	
				担当者名	
現在の状況		☐ 自 宅 (かかりつけ医：) ☐ 入院中 (病院名：) ☐ 施設入院中 (施設名：) ☐ その他			

※裏面もご記入ください。

