

大館市養護老人ホーム成章園契約入所申込書

令和 年 月 日

社会福祉法人大館市社会福祉事業団

大館市養護老人ホーム成章園

施設長 鎌田 俊 様

申込者

住所

連絡先

次のとおり大館市養護老人ホーム成章園の契約による入所の申し込みをします。

氏名				性別	男・女
住所	〒				
電話	(自宅)		(携帯)		
生年月日	M・T・S	年	月	日	(歳)
緊急時 連絡先	氏名			関係	
	住所	〒		電話	
備考 いずれかに ○	*面接日等の相談先 (ご利用者様 ・ 緊急連絡先 ・ 介護支援事業者ご担当者様)				
	*決定通知書送付先 (ご利用者様 ・ 緊急連絡先)				
利用の 希望期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日				
治療中の 疾患				病歴 (既往歴)	
通院先	病院名	(科)			
	病院名	(科)			
健康保険	<input type="checkbox"/> 社保(本人・家族) <input type="checkbox"/> 国保(本人・家族) <input type="checkbox"/> 後期高齢者 <input type="checkbox"/> 生活保護				
介護保険	認定区分	認定なし ・ 事業対象 ・ 要支援() ・ 要介護()			
	支援事業所			担当者名	
	利用サービス	<input type="checkbox"/> デイサービス <input type="checkbox"/> ヘルパー <input type="checkbox"/> 短期入所 <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 通所リハビリ <input type="checkbox"/> 福祉用具 () <input type="checkbox"/> その他 ()			
心身の 障害	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 肢体(上肢・下肢・体幹) <input type="checkbox"/> 言語 <input type="checkbox"/> 視覚 <input type="checkbox"/> 聴覚 <input type="checkbox"/> その他 () 等級 (種 級)				
負担軽減 対象	<input type="checkbox"/> 市県民税非課税世帯 <input type="checkbox"/> 被災(被災日 令和 年 月 日) <input type="checkbox"/> 大館市冬期生活支援事業 <input type="checkbox"/> 該当なし				