

小名浜生協病院介護医療院入所申込書

小名浜生協病院介護医療院

管理者 箱崎 正敏 様

利用申込者 氏 名

(代筆者)

(印)

(印)

小名浜生協病院介護医療院のサービスの利用を申込みます。

申し込み日 年 月 日

利用者	氏名	<small>フリガナ</small> _____	男・女	明治 大正 昭和	年	月	日	生
	住所	<small>〒</small> _____	電話	—	—			
連絡先①	氏名	<small>フリガナ</small> _____	続柄					
	住所	<small>〒</small> _____	電話	—	—			
連絡先②	氏名	<small>フリガナ</small> _____	続柄					
	住所	<small>〒</small> _____	電話	—	—			
身体 の 状 況	主な病気		か 医 療 機 関 の	(医療機関名)				
				(担当医)				
			ケ ア マ ネ シ ャ ー	(事業所)				
要介護認定		(担当者)						
介護保険負担限度額認定証		段階	TEL					
希望理由								
現在の生活場所	自宅	施設	病院	名称				

入所申し込み時に必要な書類

入所申し込みをされる際、以下の書類をご提出ください。

なお、申込み内容に不備がある場合は再度の提出をお願いさせていただきます。

1. 入所申込書

ご家族の方が記入してください。

2. 診断書

主治医に記入をお願いします。（お薬の内容は必ずお願いします。）

3. 介護保険被保険者証の写し

4. 身体障害者手帳（所持されてる方）の写し

※ご不明な点は、お気軽にお問合せください。

〒971-8151

いわき市小名浜岡小名字山ノ神32番地

電話 0246-54-3648

内線 189

担当者 阿野田 透