

|       |      |    |     |                             |
|-------|------|----|-----|-----------------------------|
| 施設長 殿 |      |    |     |                             |
| 申 込 日 | 平成   | 年  | 月   | 日 ( 曜日 )                    |
| 受付担当者 |      |    |     |                             |
| 申 込 者 | ふりがな | 続柄 | 電 話 | (            )            - |
|       | 氏 名  |    |     |                             |
|       | 住 所  | 〒  |     | 今後の<br>連絡先                  |

|             |                                                                                                                                                                                                                                                          |      |                  |
|-------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|------------------|
| ふりがな<br>氏 名 | 男<br>女                                                                                                                                                                                                                                                   | 住 所  | 〒                |
| 要介護度        | 支援１・２ 介護１・２・３・４・５・未認定                                                                                                                                                                                                                                    | 電 話  | ( ) -            |
| 被保険者番号      |                                                                                                                                                                                                                                                          | 生年月日 | 明治・大正・昭和 年 月 日 歳 |
| 生 活         | <input type="checkbox"/> 自宅で１人暮らし <input type="checkbox"/> 自宅で家族と暮らす<br><input type="checkbox"/> 他の施設に入所中(施設名 )<br><input type="checkbox"/> 現在入院中( 病院名 時期 平成 年 月から入院 )                                                                                   |      |                  |
| 医 療         | <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 透 析 <input type="checkbox"/> インスリン注射<br><input type="checkbox"/> 褥瘡( 床ずれ ) <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> その他( )<br>現在治療中の病気など (主治医 ) (歯科医 ) |      |                  |

◎ 同意書  
 福井県及び市町村からの要求があった場合には、この申込書の内容を報告する事に同意します。  
 平成      年      月      日      氏名      印

「電話 0776-27-4140 刈田 まで」