

# レイクヒル琴 短期入所生活介護利用申込書

申込日 年 月 日

申込者氏名 : .....

利用者との続柄 : .....

住所 : .....

TEL : .....

## 1. 利用者

氏名 : ..... ( 男 ・ 女 )

生年月日 : 明治 ・ 大正 ・ 昭和 年 月 日 満 歳

住所 : 〒 .....

TEL : .....

ご利用希望日 : 月 日 ( ) ~ 月 日 ( )迄

送迎希望 : 無し ・ 有り ( 迎え ・ 送り )

## 2. 介護保険

介護認定 ( 申請中 ・ 認定済 )

要介護区分 : 要支援 1 ・ 2

要介護 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5

認定有効期間 : 年 月 日 ~ 年 月 日

介護保険被保険者番号 : .....

担当ケアマネージャー : .....

居宅介護支援事業所 : ..... TEL

## 3. 介護保険負担割合 ( 1割 ・ 2割 ・ 3割 )

## 4. 介護保険負担限度額認定

負担限度額認定 ( 申請中 ・ 認定済 ・ 却下 )

負担限度額段階 第1段階 ・ 第2段階 ・ 第3段階 ・ 第4段階

認定有効期限 年 月 日 ~ 年 月 日

### ※ 必要書類

- ① 生活実態調査票 ( 別紙 )
- ② 診療情報提供書 ( 健康診断書 )
- ③ 介護保険被保険者証 ( 写し )  
介護保険負担割合証 ( 写し )  
介護保険負担限度額認定証 ( 写し )

※ ④施設利用中の指示書(必要時のみ)

複合高齢者ケア施設  
レイクヒル琴

TEL 077-579-8448

Fax 077-579-5440