

指定介護療養型医療施設入院申込書

平成 年 月 日

(あて先)
名古屋市 長

申込者氏名
(代理人) 印

わたしは、つぎのとおり名古屋市厚生院の指定介護療養型医療施設の入院を
申し込みます。

住所	〒 ー										
フリガナ	TEL ー ー										
氏名	生年月日	明治 大正 昭和			年	月	日				
	年齢	歳	性別	男・女							
介護保険に 関する事項	要介護状態区分	1	2	3	4	5					
	保険者番号										
	被保険者番号										
	保険者名										
申込者代理人 (申込者本人が 認知症等により 自己決定能力 が著しく低下し ている場合のみ 記入願います)	住所	〒 ー									
	フリガナ	TEL ー ー									
	氏名										
	続柄										
添付書類											
経管の種類	経鼻経管					胃瘻					
現在の状況											
入所時に急性疾患治療中・挿管・人工呼吸器、ペースメーカーの着装・IVHの施行・モニター観察が 常時必要な状況等の場合は入所できません。											

[施設使用欄]

受付日	・	・	
備考			