

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 市長

必ず押印してください。

申込者氏名 ○○ ○○
(代理人) ○○ ○○ **印** 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	〒○○○-○○○○ 愛知県名古屋市○○区○○		Tel ○○○-○○○○-○○○○			
フリガナ	コウセイイン イチロウ	生年月日	明治 大正 昭和 ○年 ○月 ○日			
氏名	厚生院 一郎	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	○	○	○	○	○
	番号	○	○	○	○	○
	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	〒○○○-○○○○ 愛知県名古屋市○○区○○		Tel ○○○-○○○○-○○○○		
	フリガナ	コウセイイン タロウ				
	氏名	厚生院 太郎				
	続柄	子				
添付書類						
経管の種類	経鼻経管		胃瘻			
現在の状況	○○病院入院中、在宅で生活中 等					
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		