

施設利用申込書

【一般入所 短期入所(ショートステイ)・通所(デイケア)】

記載日： 年 月 日

医療法人財団 善常会
老人保健施設 シルピス大磯 殿

申請者： 住所
氏名 続柄 ()

利用者希望者	フリガナ			
	氏名			性別 男・女
	生年月日	年 月 日 () 歳		
	郵便番号	〒 -		
	住所			
	電話番号	() -		
身元引受人	フリガナ			
	氏名(続柄)			性別 男・女
	生年月日	年 月 日 () 歳		
	郵便番号	〒 -		
	住所			
	電話番号	() -		
介護保険被保険者証	要支援 (1・2) 要介護 (1・2・3・4・5) 初回申請・更新・区分変更 (/) 認定調査 (/) 認定有効期間 (年 月 日 ~ 年 月 日)			
介護保険負担割合証	1割 ・ 2割 ・ 3割			
介護保険負担限度額認定証	なし ・ あり (食費： 円) ・ 申請中 (/)			
身体障害者手帳	なし ・ あり (種 級) ・ 申請中 (/)			
介護タクシー利用券	なし ・ あり (740円 / 2200円)			
福祉給付金資格者証	なし ・ あり ・ 申請中 (/)			
成年後見制度の利用	なし ・ あり (年 月頃から)			
年金の種類	2ヶ月 _____円 (国民・厚生・共済・遺族・障害)			
希望居室	多床室 ・ 一般個室 ・ 特別個室			
緊急連絡先 (24時間連絡が取れるように考慮してご記入ください)				
第1連絡先	フリガナ			
	氏名(続柄)			続柄 ()
	住所			
	連絡先 勤務先	自宅 () - 携帯 - - 電話番号 () - 勤務先名 []		
第2連絡先	フリガナ			
	氏名(続柄)			続柄 ()
	住所			
	連絡先 勤務先	自宅 () - 携帯 - - 電話番号 () - 勤務先名 []		
第3連絡先	フリガナ			
	氏名(続柄)			続柄 ()
	住所			
	連絡先 勤務先	自宅 () - 携帯 - - 電話番号 () - 勤務先名 []		

入所時に必要な持ち物

1.事務手続き関係

- 保険証類：介護保険被保険者証・健康保険被保険者証（お持ちの方は、介護保険担
限度額認定証・福祉給付金資格者証・身体障害者手帳など）
- 印鑑：ご本人・身元引受人・連帯保証人用（連帯保証人に関しては、後日の署名・
捺印、提出でも結構です。但し、早急にご提出下さい。）

2.身の周り品

- * 下記のもの以外にも、普段使用しているものがあればご持参ください。なお、紙パン
ツ・紙オムツ・尿取りパット類は当施設でご用意させていただきます。
- * 下記のもので、現在使用しておらず入所当日までに用意できない場合は、入所後スタ
ッフにご相談の上、ご本人に適したものでご購入等行ってください。当施設に売店等ご
ざいませので予めご了承願います。
- ※寝衣（パジャマ）は、元々ご自宅にあり就寝前の着替え習慣がある場合のみ持参して
ください。
- * 委託洗濯をご利用の場合、目安以上のお持ち込みをお願いする場合がございます。セ
ーター、ウール類は劣化しやすいため、洗濯に出せません。
- * 季節の変わり目には衣替えをお願いします。
- * ショートステイ利用の方は必要分の衣類と利用日数分のお薬をお持ちください。

* 持ち物にはすべて、マジック等でお名前の記入をお願いします。

		目安	持込数	確認数	備考
衣類	日常着（上）	6			伸縮性があり着脱しやすいもの。 皮膚の保護の為、半袖は不可。
	日常着（下）	6			前チャックがなく、滑りにくい素材 のもの。スカートは不可。
	寝衣（上）	5			家にある場合のみ 就寝前の着替 え習慣がなければ不要
	寝衣（下）	5			家にある場合のみ 就寝前の着替 え習慣がなければ不要
	肌着（上）	6			
	肌着（下）	6			
	下着	6			オムツ・紙パンツ使用の場合は不要
	靴下（組）	6			
	靴	2			スリッパ・滑りやすいもの不可。

		目安	持込数	確認数	備考
日用品	バスタオル	6			
	タオル	8			
	歯磨きセット	1			
	入れ歯	*			
	入れ歯安定剤	*			ポリグリップ・タフグリップなど 現在使用しているもの
	入れ歯ケース	*			陶器・ガラスは不可
	入れ歯洗浄剤	*			ポリデント等。毎日使用します。 なくなり次第追加をお願いします。
	補聴器	*			
	楽のみ・コップ	*			
	電気カミソリ				

*は該当される方のみ