

第1号様式

入院申込書						
①入院希望者	(フリガナ) 氏名		性別	男・女	生年月日	昭和 年 月 日 平成 (歳)
	(フリガナ) 現住所	〒				
②家族の状況	氏名	年齢	入院希望者との続柄	同居・別居の別	職業・勤務先	備考
③事故発生年月日	平成 年 月 日		医療保険の記号・番号			
④現在治療・介護を受けている場所	1自宅 2病院 3その他 名称 名称 所在地 所在地					
⑤現在介護に従事している者及び直近1ヶ月間の介護日数	1 病院その他の施設及び事業所の職員		2 家族 (主たる介護者の氏名:)		3その他() (日)	
⑥治療又は介護等に関する費用の支払状況 (直近3ヶ月分)	支払先	1病院その他の施設		2事業所		3その他
	支払金額 (平均月額)	円		円		円
⑦入院した時の費用負担者	氏名	入院希望者との続柄()				
	連絡先	〒 TEL				
	支払方法					
その他	身体障害者手帳の有無		有 ・ 無			
<p>貴所への入院を申し込みます。ついては、上記の記載事項は事実と相違ありません。</p> <p>平成 年 月 日</p> <p>岡山療護センター センター長 衣笠 和孜 殿</p> <p>入院希望者 氏名 申込者 氏名 住所</p> <p>印 入院希望者との続柄() TEL</p>						