

入院申込書						
①入院希望者	(フリガナ)氏名			男・女	生年月日	昭和 平成 令和 年 月 日
	(フリガナ)現住所	〒				
②家族の状況	氏名	年齢	入院希望者の続柄	同居・別居の別	職業・勤務先	備考
③事故発生年月日		平成・令和 年 月 日				
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 〒 所在地 TEL ()				
⑤家族介護従事状況及び直近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 3. その他				
		} → 主たる介護者の氏名 () 入院希望者との続柄 () (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	1.病院窓口払い 2.銀行振込 3.労災 4.損保 5.その他 ()				
貴千葉療護センターへの入院をご承認ください。ついては、上記の記載事項は事実と相違ありません。 令和 年 月 日 千葉療護センター センター長 小林 繁樹 殿 入院希望者 氏名 申込者 氏名 印 住所 〒						
入院希望者との続柄 () TEL () 携帯 ()						