


利用申込書

◆当施設は全面禁煙となっております。ご了承ください。
 ◆利用申込書提出時には『介護保険証』『後期高齢者被保険者証』『健康保険証』『老人医療証』『障害者手帳等』をお持ちください。

希望する利用形態		入所 短期	デイ	平成 年 月 日受付(記入しないでください)		
本人	フリガナ		男 ・ 女	生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日	
	氏名				歳	
	住所	〒 _____ 電話 () - _____				
申込者	フリガナ					
	氏名					
	住所	〒 _____ 自宅電話 () - _____ 携帯電話 () - _____				
	勤務先	勤務先電話 () - _____				
介護保険証		要支援 1.2 要介護度 1.2.3.4.5		有効期間	年 月 日～ 年 月 日	
一部負担金助成 有・無		生活保護受給 有・無		障害者手帳 有・無		
※入所・短期の場合のみ記入 部屋の希望 個室 4人部屋 希望なし			※デイ(通所)の場合のみ記入 利用ご希望の曜日 月 火 水 木 金 土 (週 回利用希望)			
かかりつけ医 _____ 病院・医院・クリニック _____ 医師 電話番号 () - _____				ケアプランセンター _____ 担当ケアマネージャー _____ 電話番号 () - _____		
現在の居場所	自宅・施設・病院・その他() 月 日現在					
家族構成 ○女 ○男 ◎本人 ⊕主介護者				 病歴 既往歴		
連絡先				※申込者の方も含めご記入ください		
優先順位	フリガナ 氏名	住所	続柄	自宅番号 携帯番号	該当するものに ○をつけて下さい	
		〒 -			支払者・主介護者・保証人	
		〒 -			支払者・主介護者・保証人	
		〒 -			支払者・主介護者・保証人	

※もれなくご記入ください。ご提供いただいた個人情報につきましては、法令を順守し適正に取扱い致します。