

# 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。

◆利用申込書をお持ちになる時に『介護保険証』『健康保険証』『老人医療証』、  
お持ちでしたら『障害者手帳』をお持ち下さい。

希望する利用形態		入所 短期 デイ	平成	年	月	日受付(記入しないで下さい)	
本人	フリガナ 氏名		男・女	生年月日		明治・大正・昭和	年 月 日 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 ( ) - _____					
一部負担金助成	有・無	生活保護受給	有・無	障害者手帳	有・無		
介護保険証	要支援 要介護度( )		保険者番号:		認定年月日: 年 月 日		
	被保険者番号:			認定有効期間: 年 月 日 ~ 年 月 日			
部屋の希望 個室 4人部屋 希望無			住宅改修 { 無 有(介護保険使用・保険外)		有の場合はその改修場所		
利用の動機・目的				現在の居場所 自宅・施設・病院・その他( ) 月 日現在 自宅以外の場合はその施設の名称 ( )			
かかりつけ医 病院 _____ 医師 _____ 医院・クリニック _____ 電話 _____				ケアプランセンター _____ 担当ケアマネージャー _____ 電話番号 _____ 左記かかりつけ医又は他病院への定期的な通院 必要・無			
家族構成 (○女 □男 ◎本人 ⊕主介護者) ○—□   —				病歴			
				備考			
連絡先				※申込者の方も含めご記入下さい			
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		