

利 用 申 込 書

◆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	〒						
	介護保険証	要支援 1・2	要介護度 1・2・3・4・5	生活保護受給		有 ・ 無		
申込者	フリガナ 氏名							
	住所	〒						
	勤務先							
※入所・短期の場合のみ記入 部屋の希望		※デイ(通所)の場合のみ記入 通所(デイ)の御希望の曜日 個別リハビリテーションの希望						
個室 4人部屋 希望無		月・火・水・木・金・土 有・無						
ご家族様での洗濯	可能 ・ 不可能		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 ()					
利用の動機・目的								
かかりつけ医		ケアプランセンター _____ 担当ケアマネジャー _____ 電話番号 _____						
病院 _____ 医師 _____ 医院・クリニック _____ 電話		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・既往歴				
		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			
		〒 -			支払者 ・ 主介護者 ・ 保証人			

※もれなくご記入下さい。ご提供いただいた個人情報につきましては、法令を遵守し適正に取り扱い致します。