

# 利用申込書

申込日 年 月 日

ふりがな		性別	明治 大正 昭和
本人氏名			年 月 日 ( 才)
現住所	〒	電話番号	

介護保険 被保険者証番号									
介護度		認定有効期間	平成 年 月 日 ~	年 月 日					
居宅介護支援事業者				届出年月日	年 月 日				

介護保険 負担限度額認定証番号									
適用及び有効期限	平成 年 月 日 ~	平成 年 月 日							
負担限度額	食費	円	居住費	従来型居室 (老健・療養等)	円	多床室	円		

相談者		続柄		年齢	
住所	〒	電話番号	( ) -	携帯番号	( ) -
勤務先		電話番号	( ) -		

連絡先	氏名	住所	続柄	電話番号

入所

希望期間	月 日 頃から	理由:	
希望居室	<input type="checkbox"/> 個室 <input type="checkbox"/> 2人部屋 <input type="checkbox"/> 4人部屋	個別リハビリ	<input type="checkbox"/> 希望あり <input type="checkbox"/> 希望なし
退所後の予定	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 施設 <input type="checkbox"/> その他 ( )		

ショートステイ

希望期間	月 日 曜日 ~	月 日 曜日 日間
希望居室	<input type="checkbox"/> 個室のみとなっております	個別リハビリ <input type="checkbox"/> 希望あり <input type="checkbox"/> 希望なし
来所手段	<input type="checkbox"/> 施設送迎 <input type="checkbox"/> 家族送迎 <input type="checkbox"/> 徒歩 <input type="checkbox"/> その他	

利用に関する御要望・ご意見をご記入ください

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

