

# 利用申込書

平成 年 月 日

介護老人保健施設 光の森様  
貴施設を利用したく関係書類を添えて申し込みます。

申請者 氏名 \_\_\_\_\_ 印 続柄( )

住 所 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

利用者	ふりがな 氏名	性別	生年月日		年齢
		男 女	T・S	年 月 日	歳
	住 所	電話番号			
介護 保険 証	被保険者番号	保険者名	保険者番号		
	居宅介護支援事業所	担当ケアマネージャー			
	要介護度 _____	有効期間	H 年 月 日	~	H 年 月 日
		認定日	H 年 月 日		
	介護保険負担割合証	<input type="checkbox"/> 1割	<input type="checkbox"/> 2割	<input type="checkbox"/> 3割	
利用 申込 理由 ・ 動機	<input type="checkbox"/> 長期入所	希望療養室 <input type="checkbox"/> 4人部屋 <input type="checkbox"/> 2人部屋 <input type="checkbox"/> 個室 今後について <input type="checkbox"/> 自宅に戻る <input type="checkbox"/> 施設入所 <input type="checkbox"/> 未定			
	<input type="checkbox"/> 短期入所				
	<input type="checkbox"/> 通所リハビリ				
	<input type="checkbox"/> 訪問リハビリ				
身元 引受 人	ふりがな 氏名	続柄	性別	生年月日	年齢
			男 女	S・H 年 月 日	歳
	住 所				
	連絡先 (電話番号)	① _____ ② _____			