

利用申込書

赤丸部分全てのご記入をお願いします。

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 男 女	生年月日 T・S 年 月 日	年齢 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 checked="" type="checkbox"/> 1割	<input type="checkbox"/> 2割	<input type="checkbox"/> 3割
利用申込理由・動機	<input checked="" type="checkbox"/> 長期入所	申し込み理由をご記入ください。 例)一人暮らし困難のため、介護者不在のため、リハビリのため等 希望療養室 <input checked="" 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	希望のお部屋がある場合はチェックをお願いします。どこでも良い場合は全てチェックしてください。また、今後の方針についてもご記入ください。		
	<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 男 女	生年月日 S・H 年 月 日
	住所	年齢 歳		
	連絡先(電話番号)	① _____ ② _____		