

# 利用申込書

赤丸部分全てのご記入をお願いします。

令和 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	年齢 歳
	住所				
	連絡先(電話番号)	①	②		