

利用申込書

●ご利用を希望される方●

申込日 平成 年 月 日

フリガナ			明・大・昭 年 月 日生
お 名 前			男 ・ 女 （ 歳）
ご 住 所	〒 ー		
ご 連 絡 先	（ ） ー		
介 護 度	要支援（1・2）・要介護（1・2・3・4・5）・申請中 認定日：平成 年 月 日		
現 在 居 所	自宅 ・ （ ） 病院入院中 （ ） 施設入所中 ・ その他（ ）		
主 治 医	医院名 （ 先生）		
	住 所 Tel：（ ） ー		
居 宅 介 護 支 援 所 事 業 所	事業所名 （担当： ）		
	住 所 Tel：（ ） ー		

●ご家族様連絡先●

フリガナ				
お 名 前	続柄 （ ） 年齢 （ 歳）			
ご 住 所	〒 ー			
ご 連 絡 先	自 宅：（ ） ー			
	携 帯：（ ） ー			
○ 同居又はお近くにお住まいでお世話いただけるご親戚の方をご記入ください ○				
フリガナ お 名 前	続 柄	年 齢	ご 連 絡 先	ご 住 所
			（ ） ー	
			（ ） ー	

●希望サービス●（「□」にチェックの上、ご記入ください）

<input type="checkbox"/> 介護老人保健施設 （ 入 所 ）	（平成 年 月 日から・今すぐ）入所希望	居室希望（個室・4人室・希望なし） お急ぎの場合（個室 可 ・ 不可）
<input type="checkbox"/> ショートステイ	（平成 年 月 日から・今すぐ）入所希望	居室希望（個室・4人室・希望なし） お急ぎの場合（個室 可 ・ 不可）
<input type="checkbox"/> 通所リハビリテーション	週 回程度希望 / （希望日：月・火・水・木・金・土・日）	
<input type="checkbox"/> 訪問リハビリテーション	週 回程度希望 / （希望日：月・火・水・木・金）	
<input type="checkbox"/> グループホーム	（平成 年 月 日から・今すぐ）入所希望	
<input type="checkbox"/> 認知症対応型 デイサービス	週 回程度希望 / （希望日：月・火・水・木・金・土・日）	
利 用 目 的		

●退所後の予定●（「□」にチェックの上、ご記入ください）

<input type="checkbox"/> 自 宅	<input type="checkbox"/> 現住所に戻る / <input type="checkbox"/> その他（ ）
<input type="checkbox"/> 施 設	申込（済み・未） / 〔施設名： 〕
<input type="checkbox"/> 未 定	