

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				顔写真
お 名 前				
明・大・昭 年 月 日	生	男 • 女	(歳)	
ご 住 所	〒 —			
ご 連 絡 先	() —			
介 護 度	要支援(1・2) • 要介護(1・2・3・4・5) • 申請中 有効期間 平成 年 月 日～平成 年 月 日 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: () —			
居 宅 介 護 支 援 事 業 所	事業所名 (担当: 住 所 TEL: () —			

● ご家族様連絡先 ●

フ リ ガ ナ			
お 名 前	続柄 () 年齢 (歳)		
ご 住 所	〒 —		
ご 連 絡 先	自 宅: () — 携 帯: () —		

○ 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 前	続柄	年齢	ご 連 絡 先	ご 住 所
		() -		
		() -		

● 希望サービス ● (「□」にチェックの上、ご記入ください)

□ 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 • 2人部屋 • 4人部屋) お急ぎの場合(個室 可 • 不可)
□ 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 • 2人部屋 • 4人部屋) お急ぎの場合(個室 可 • 不可)
□ 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)		
□ 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)		
利 用 目 的			

● 退所後の予定 ● (「□」にチェックの上、ご記入ください)

□ 自 宅	□ 現住所に戻る / □ その他()		
□ 施 設	申込(済み・未) / [施設名:]		
□ 未 定			