

利用申込書

年 月 日

ふりがな		男・女	生年月日
氏名			西暦 年 月 日 (歳)
住所	〒 電話		
利用内容	利用目的 1. 日常生活動作の改善 2. 病院からの家庭復帰 3. 在宅介護者の開放 4. 意欲低下の改善 5. その他 ()		
保健種類	社保 (本人/家族) 国保 (本人/家族) 後期高齢者 生活保護・ 身体障害者手帳 (有 級 ・ 申請中 ・ 無) 精神障害者保健福祉手帳 (有 級 ・ 申請中 ・ 無)		
要介護認定状況	要支援 (1・2)・要介護 (1・2・3・4・5)・申請未・申請中 介護保険 No. 認定の有効期間 年 月 日～ 年 月 日 担当 CM 氏名 () 所属 ()		
現在の状況	自宅で生活 入院中 病院名 () 入院日 () 施設入所中 施設名 () 入所日 () その他 ()		
家庭状況	1. 子供と同居 2. 子供以外の親族と同居 3. 老々夫婦世帯 4. 独居 5. その他 ()		
	主たる介護者氏名： (続柄) 住所： 電話：		
緊急時連絡	1. 主介護者と同じ (続柄) 電話 ()		
	2. (続柄) 電話 ()		
卒業後の予定			

貴施設の利用申込みを致します。

住所 _____ 電話 _____

申込者氏名 _____ 本人との関係 _____