

(申込者記載用)

## 利用申込書

平成 年 月 日

介護老人保健施設 螢呂苑 御中

利用者又は連絡者氏名

印

貴施設を利用したく申込みます。尚、個人情報につきましては必要最小限で使用することに同意をいたします。

|              |   |        |        |   |            |
|--------------|---|--------|--------|---|------------|
| ふりがな         |   | 性別     | 生年月日   |   |            |
| 利用者氏名        |   | 男・女    | 明・大・昭  | 年 | 月 日生 (満 歳) |
| 現住所          | 〒<br>TEL ( ) -  |        |        |   |            |
| ふりがな         |   |        |        |   |            |
| 連絡者氏名        | 利用者との続柄( )  |        |        |   |            |
| 連絡者住所        | 〒<br>TEL ( ) -  |        |        |   |            |
| 申込み理由        | 1 自宅での介護が困難なため 2 一人暮らしで介護者がいないため 3 将来(健康)への不安のため<br>4 その他( )  |        |        |   |            |
| 現在の状況        | <input type="checkbox"/> 入院中 <input type="checkbox"/> 施設入所中 <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> その他( )<br>入院・入所施設名( ) かかりつけ医療機関( ) |        |        |   |            |
| 介護保険<br>認定状況 | <介護度区分> 要支援1 要支援2 1 2 3 4 5 <認定の有効期間> 平成 年 月 日~平成 年 月 日迄<br>居宅介護支援事業所名( ) 担当ケアマネージャー名( )  |        |        |   |            |
| 家族の状況        | 氏名(主たる介護者に○印)   | 本人との続柄 | 職業・連絡先 |   |            |
|              | ( )   | 歳      |        |   |            |
|              | ( )   | 歳      |        |   |            |
|              | ( )   | 歳      |        |   |            |

\* 施設には利用基準がございます。従って、当施設の相談員が申込者(ご家族)と面談を致しますので、ご理解とご協力をお願い致します。

<ご希望などございましたら、ご記入下さい。>

|  |
|--|
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |