

介護老人保健施設 つつじの郷 利用申込書

平成 年 月 日

利用者	フリガナ		男 ・ 女	明治・大正・昭和
	氏名			年 月 日生(歳)
	住所	〒 -	電話 ()	
申込者(*)	フリガナ		利用者との関係	
	氏名			
	住所	〒 -	電話 ()	
	携帯	()	FAX	()
	勤務先名		電話	
緊急連絡先1 (*以外)	フリガナ		利用者との関係	
	氏名			
	住所	〒 -	電話 ()	
	携帯	()	FAX	()
	勤務先名		電話	()
緊急連絡先2 (*以外)	フリガナ		利用者との関係	
	氏名			
	住所	〒 -	電話 ()	
	携帯	()	FAX	()
	勤務先名		電話	()
利用サービス	1.入所 2.ショートステイ(利用希望期間 月 日 ~ 月 日) (送迎の希望 あり ・ なし)			
希望事項	利用者		ご家族	
現在の状況	1.在宅	主治医	病院	先生
	2.入院中	入院先:	入院日:	年 月 日
	3.施設入所中	入所先:	入所日:	年 月 日
	4.その他			
担当ケアマネ	所属			
	氏名	電話 ()	-	
確認事項	介護度 (申請中・要支援 1・2・要介護 1・2・3・4・5) 介護保険負担限度額の有無(1段階・2段階・3段階・無) 身体障害者手帳 (有・無) (級 種 障害名:) 生活保護 (受けている ・ 受けていない)			