

利用申込書

介護老人保健施設 みさきの郷 施設長殿

下記の通り、申し込みを致します。

平成 年 月 日 申込				郵送 ・ 持参		NO.	
利用 希望 者	ふりがな			明治・大正・昭和 年 月 日 歳			
	⑩ 男・女						
	〒			TEL ()			
申込 者	ふりがな		続柄	〒 TEL			
	⑩						
連絡先	様		TEL	携帯			
連絡先	様		TEL	携帯			
利用 内容	1 入所 2 ショートステイ (泊) 3 通所リハビリ 回/週 (月・火・水・木・金・土)						
利用 目的	介護負担軽減 ・ リハビリ ・ 在宅復帰 ・ 他施設待機 理由：						
申込済み施設		老健・特老(特養)名称 ()					
希望 部屋	[一般療養 [個室 認知専門 [4人部屋		支 援 事 業 所	(名称) (担当者) TEL - - FAX - -			
現 状 況	1 自宅療養 (医院・病院) 受診中 ※頻度 /						
	2 入院中 病院へ 年 月 日より						
	3 施設入所 へ 年 月 日より						
1 介護保険証 要支援 1 2 要介護 1 2 3 4 5 ※申請中 月 日 有効期限 平成 年 月 日～平成 年 月 日まで 認定日 平成 年 月 日							
2 保険情報 後期高齢者・国保・社保・生保				※ 各種保険証のコピーも 添付してください。			
3 障害者手帳 有・無 種 級							