

利用申込用紙（兼 問合せ対応記録）

年 月 日 現在

利用者

| | | | | |
|------------|----------|----------|-------------|---------|
| ふりがな 氏名 | 男 女 | 生年 月日 | 年 月 日 | 年齢 才 |
| 郵便番号 住所 | 都道 府県 | 区市 町村 | マンション名等 | |

電話番号

申込者（記入者）

| | | | | |
|------------|----------|----------|---------------|---------|
| ふりがな 氏名 | 男 女 | 生年 月日 | 年 月 日 | 年齢 才 |
| 続柄 夫 妻 子 : | ほか: | | | |
| 郵便番号 住所 | 都道 府県 | 区市 町村 | マンション名等 同居・別居 | |

電話番号

希望内容

サービス種別

1. 介護老人保健施設
2. 短期入所療養介護（ショートステイ）
3. 通所リハビリテーション（デイケア）
4. 訪問リハビリテーション

「ご希望の条件」や「相談したいこと」などをご記入下さい。

保険の種別

| | | | | | |
|---------|-----------|------------|--------|-----------|-----------|
| 健康保険の種類 | 国民健康保険 | ・ 社会保険 | ・ 共済保険 | ・ 後期高齢者 | ・ その他 () |
| 公費の種類 | 特定疾患（病名：） | ・ 原爆 | ・ 公害 | ・ その他 () | |
| 身体障害者手帳 | なし | ・ あり（障害名：） | （種級） | | |

介護保険

| | | | | | | | | | | | | |
|--------|-------|---|-------|-------|-------------|---------|----|-------|---|-------|---|-------|
| 要介護認定 | 要支援 1 | ・ | 要支援 2 | 要介護 1 | ・ | 要介護 2 | ・ | 要介護 3 | ・ | 要介護 4 | ・ | 要介護 5 |
| | 無 | ・ | 申請中 | ・ | 更新中 | → (申請日) | 平成 | 年 | 月 | 日 | | |
| 介護負担割合 | 1割 | ・ | 2割 | ・ | 3割 | | | | | | | |
| 限度額認定証 | 申請中 | ・ | なし | ・ | あり (食費 円) | | | | | | | |

＜事務処理欄＞ 利用開始日 年 月 日 (週 回利用)
(入所日)

起算日 年 月 日 (退院日 / 介護認定有効期間開始日)

入所前: 老健 / 病院 / 自宅 / その他 ()

↓
認知症短期集中リハ実施: なし / あり (年 月 日迄)

ワクチン接種: 希望しない

希望する 接種歴: 回目まで (年 月 日)

受付年月日 年 月 日 受付者

緊急連絡先等 確認用紙

ご利用に際して、ご利用契約の締結までに以下の3点についてご指定下さい。

緊急連絡先

第一候補

氏名(フリガナ)

続柄

住所

電話番号①

/

自宅

・

携帯

・

勤務先

電話番号②

/

自宅

・

携帯

・

勤務先

備考

第二候補

氏名(フリガナ)

続柄

住所

電話番号①

/

自宅

・

携帯

・

勤務先

電話番号②

/

自宅

・

携帯

・

勤務先

備考

かかりつけ医療機関

医療機関名①

医師氏名

電話番号

所在地

備考

医療機関名②

医師氏名

電話番号

所在地

備考

請求書送付先

宛先

住所

電話番号

ご利用者との関係

ご記入者 氏名