

利用者

ふりがな 氏名	男 女	生年 月日	年	月	日	年齢	才
住所	郵便番号	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 :					
住所	郵便番号	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