

介護老人保健施設ライフサポートひなた 利用申込書

利用希望(入所・ショートステイ・通所) (記入日) 平成 年 月 日

ご利用者名	ふりがな氏名			生年月日	□明治 □大正 □昭和			
		(男・女)		年 月 日(満 歳)				
申請者	住所	〒 -						
	TEL	()		携帯	()			
ご利用者希望内容	ふりがな氏名			生年月日	□明治 □大正 □昭和			
		(男・女)		年 月 日(満 歳)				
ご利用者希望内容	ご利用種別	□入所 □短期入所						
	ご利用希望時期	平成 年 月 頃から						
ご利用者希望内容	ご希望居室	□個室 □多床室(4人)						
	申込理由							
現在の状況	□自宅 □病院 (病院名)		□施設 (施設名)		□その他 ()			
退所後の予定	□自宅 □病院 (病院名)		□施設 (施設名)		□老健等その他 ()			
現在、申し込みされている施設があればご記入下さい。 施設名()								
担当ケアマネージャー								
事業所名								
担当者名								
電話番号	TEL ()		Fax ()					
現在利用しているサービス								
デイサービス(回/週) デイケア(回/週) 訪問介護(回/週) 訪問看護(回/週) ショートステイ(回/月)								
福祉用具(車いす・歩行器・シルバーカー・杖) その他()								
介護保険被保険者証	要介護度		申請中		要支援(1・2)		要介護(1・2・3・4・5) 区分変更中	
	被保険者番号							
	認定年月日		平成 年 月 日					
	有効期限		平成 年 月 日		～平成 年 月 日			
健康保険被保険者証	負担限度額		□有()		□無			
	□後期高齢者医療		□生活保護()		□その他()			
身体障害者手帳	□有(障害者名: 種 級 番号)							
	□無							
緊急連絡先順・氏名		年齢	続柄	住所			同居 有・無	
① (男・女)				〒 - TEL ()			有・無	
② (男・女)				〒 - TEL ()			有・無	
③ (男・女)				〒 - TEL ()			有・無	
その他要望等								

- ①この利用申込書に記載された個人情報、介護老人保健施設ライフサポートひなたの利用に関する諸手続き以外に使用される事はありません。
- ②この利用申込書を提出された事でご利用が決定した訳ではありません。面談の日時等改めてこちらから連絡をさせていただきます。
また、半年間ご連絡のない場合は、当施設としても管理上キャンセルとさせていただきますので、都度近況をご報告ください。
- ③空き状況によってはご希望通りにご利用いただけない場合がございます。