

ご利用申込書

ご記入日 年 月 日 ご記入者名 _____

本人	フリガナ		男・女	生年月日	大昭	年	月	日
	氏名							歳
住所	〒				電話番号			
					() -			

連絡先1	フリガナ		続柄						
	氏名								
住所	〒				電話	自宅			
						FAX			
				携帯等					
勤務先				勤務先電話					

連絡先2	フリガナ		続柄						
	氏名								
住所	〒				電話	自宅			
						FAX			
				携帯等					
勤務先				勤務先電話					

現在の居場所	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 入院中() <input type="checkbox"/> 施設() <input type="checkbox"/> その他()							
利用希望	□一般入所	年 月 日 から			1ヶ月・2ヶ月・3ヶ月			
		(1人・2人・4人)			部屋希望			
	□短期入所	年 月 日 から			年 月 日 まで		日間	
		(1人・2人・4人)			部屋希望			
□通所	週 日 (月 火 水 木 金 土)							
送迎希望 (有・無) 入浴希望 (有・無) リハビリ希望 (有・無)								

◇保険証等の種類について

介護保険証	被保険者番号	保険者番号			
	要介護区分	要支援 (1 2)	要介護 (1 2 3 4 5)		
	認定年月日	年 月 日			
	認定有効期間	年 月 日 ~ 年 月 日			
介護保険負担割合証	<input type="checkbox"/> 1割 <input type="checkbox"/> 2割 <input type="checkbox"/> 3割				
負担限度額認定証 <small>(入所・ショートステイご利用の方)</small>	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (食費の負担限度額 <input type="checkbox"/> 650円 <input type="checkbox"/> 390円 <input type="checkbox"/> 300円)				
健康保険の種類	社会保険 (本人・家族)		国民健康保険 (本人・家族)		その他 ()
	記号	番号	保険者番号		
後期高齢者医療被保険者証	被保険者番号		保険者番号		
(障)医療証	受給者番号		保険者番号		
(都)医療証	受給者番号		保険者番号		
身体障害手帳	() 都道府県		第	号	
	級	種	交付年月日 :	年	月 日
	障害名 :				