

利用申込書

こちらの用紙をプリントアウトし、FAXにてお送り下さい。

FAX番号: 045 - 773 - 3131

医療法人 裕徳会

介護老人保健施設 ひとりざわ 施設長殿

下記の通り、貴施設の利用を希望致します。

平成 年 月 日

利用者	フリガナ 氏名		男・女 ()歳	生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日生
	住所	〒	電話		
申込者	フリガナ 氏名		続柄		
	住所	〒	電話番号		
			携帯電話		
介護保険	要介護度 【 要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5 】				
	有効期限 平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日				
利用希望 サービス	入所 デイケア ショートステイ(平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日)				
入所理由					
現在の居所	在宅 (独居・同居・その他 [])				
	医療機関入院中 (医療機関名:)				
	施設入所中 (施設名:)				
当施設入所後 の予定	在宅 (独居・同居 [同居者名: / 続柄:])				
	特養申請 未・済 (施設名:)				
	その他 ()				
かかりつけ 医療機関					
居宅介護支援 事業所	担当ケアマネ: TEL:				