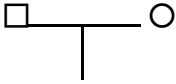


# 利用申込書

受付日 年 月 日

利用者	ふりがな			男	生年月日	明・大・昭	
	氏名			女		年 月 日 ( 歳 )	
	住所	〒 — ( ) —					
利用希望	<input type="checkbox"/> 入所 ( 個室・四人部屋 ) <input type="checkbox"/> ショートステイ ( 個室・四人部屋 ) <input type="checkbox"/> 通所リハビリテーション ( 月・火・水・木・金・土 )						
現在の状況	<input type="checkbox"/> 自宅 ( 独居・同居 ) かかりつけ医 ( 病院 科 ) <input type="checkbox"/> 入院 病院名 ( 病院 階 科 ) <input type="checkbox"/> 施設入所中 施設名 ( )						
保険種別	<input type="checkbox"/> 社保 ( 本人・家族 ) <input type="checkbox"/> 国保 ( 本人・家族 ) <input type="checkbox"/> 後期高齢者医療証 <input type="checkbox"/> 共済 ( 本人・家族 ) <input type="checkbox"/> 生活保護 <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 ( 級 ) <input type="checkbox"/> その他受給者証 ( )						
介護保険	<input type="checkbox"/> 要支援 ( ) <input type="checkbox"/> 経過的要介護 <input type="checkbox"/> 要介護 ( ) <input type="checkbox"/> 申請中 有効期間 : 年 月 日 ~ 年 月 日						
居宅介護 支援事業所	事業所名 : 担当ケアマネージャー : 電話 ( ) —						
主介護者	ふりがな			続柄	自宅	( ) —	
	氏名			連絡先	携帯	( ) —	
	住所	〒 — 勤務先 ( ) —					
その他 家族 連絡先	ふりがな	年齢	職業	連絡先	( ) —	( 自宅・携帯・職場 )	
	氏名			続柄:	( ) —	( 自宅・携帯・職場 )	
	ふりがな	年齢	職業	連絡先	( ) —	( 自宅・携帯・職場 )	
	氏名			続柄:	( ) —	( 自宅・携帯・職場 )	
	ふりがな	年齢	職業	連絡先	( ) —	( 自宅・携帯・職場 )	
	氏名			続柄:	( ) —	( 自宅・携帯・職場 )	
家族構成	家族構成 <input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性 <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> ●●死亡 				住宅状況 <input type="checkbox"/> 一戸建て <input type="checkbox"/> 集合住宅 ( 階 ) <input type="checkbox"/> エレベーター ( 有・無 )		
					退所後の予定 ( 入所希望の方のみ記入 ) <input type="checkbox"/> 在宅を希望する <input type="checkbox"/> 施設を希望する <input type="checkbox"/> その他 ( )		