

港南あおぞら (入所)
(短期入所)

利用申込書

平成 年 月 日

介護老人保健施設 港南あおぞら施設長 殿
(申込者)

ふりがな お名前	続柄()	電話	
住所	〒 -		

(利用者)

ふりがな お名前	男	生年月日	M・T・S	年	月	日	歳
	女	電話	()				
住所	〒 -						
介護保険認定 有効期間	認定日 平成 年 月 日			被保険者番号			
	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日			要介護度 1・2・3・4・5 要支援 1・2			

緊急連絡先①	ふりがな	電話
	氏名	
	住所	利用者との関係()

緊急連絡先②	ふりがな	電話
	氏名	
	住所	利用者との関係()

ご利用内容	<input type="checkbox"/> 入所 (個室・2人部屋・4人部屋)を希望
	<input type="checkbox"/> 短期入所療養介護(ショートステイ) ・送迎サービスは要相談となります ・基本的には、4人部屋になります

利用目的	
------	--

現在の生活場所	特別養護老人ホームの申請の有無	無・有
---------	-----------------	-----

かかりつけ医	・病院名() 担当医師名()
	・病院名() 担当医師名()

生活保護の有無	無・有	福祉事業所名
		担当者名

重要事項説明書を読み(説明を受け)内容について理解しました

平成 年 月 日 氏名

(続柄)