

利 用 申 込 書

介護老人保健施設 サンシャイン シティ 施設長 殿

下記のとおり、申し込みを致します。

	平成	年	月	日	申込	受付NO.	郵送 ・ 持参			
① 利用希望者	ひらがな					男・女	M・T・S			
	氏名	Ⓜ					年 月 日生 (歳)			
	現住所	〒 -					TEL () -			
② 申込者	ひらがな			続柄	連絡先	ひらがな			続柄	
	氏名	Ⓜ				氏名	Ⓜ			
	自宅住所	〒 -				住所	〒 -			
	TEL	TEL () -				TEL	TEL () -			
	携帯	携帯 - -				携帯	携帯 - -			
③ 利用内容	1. 入 所 2. ショートステイ 3. 通 所 / 週 (月・火・水・木・金・土)									
④ 利用理由										
⑤ 希望部屋	1. 個 室 A・B 2. 2人部屋 3. 4人部屋				支援事業	担当 : TEL () -				
⑥ 現在の状況	1. 自宅で生活 … 介護者 () , () 病院) 受診中 頻度 / 2. 入院中 … 年 月 日より () 病院・医院 3. 施設入所中 … 年 月 日より () 施設 4. その他									
⑦ 確認事項	1. 介護保険証 ア. 申請中 (平成 年 月 日 申請) イ. 介護認定済 要支援 (1 2) 要介護 (1 2 3 4 5) ウ. (有効期限 . . . ~ . . .) 2. 後期高齢者医療被保険者証 (有・無) 3. 健康保険証 (国民健康保険・社会保険) その他 () 4. 障害者手帳 (有・無) () 級 () 種									

利 用 申 込 書 (記入例)

介護老人保健施設 サンシャイン シティ 施設長 殿

下記のとおり、申し込みを致します。

	平成	年	月	日	申込	受付NO.	郵送 ・ 持参	
① 利用希望者	ひらがな	ふく おか た ろう				(男) ・ 女	M・T・S	
	氏名	福 岡 太 郎 (印)					13年 4月 1日生 (84歳)	
	現住所	〒×××-×××× 福岡県福岡市早良区田村2丁目15-1 TEL (092) ××× - ××××						
② 申込者	ひらがな	ふく おか じ ろう		続柄		ひらがな	ふく おか はな こ	続柄
	氏名	福 岡 次 郎 (印)		長男	連 絡 先	氏名	福 岡 花 子 (印)	長女
	自宅住所	〒×××-×××× 福岡県福岡市早良区田村2丁目15-1				住所	〒×××-×××× 福岡県福岡市早良区田村2丁目15-2	
	TEL	TEL (092) ××× - ××××				TEL	TEL (092) ××× - ××××	
	携帯	携帯 - -				携帯	携帯 - -	
③ 利用内容	①.入 所 2. ショートステイ ③.通 所 /週 (月・火・水・木・金・土)							
④ 利用理由	自宅ではほとんど寝て過ごしているため、足腰が弱って来ているので、リハビリ 目的で入所を希望している。また、人に気を使うため、できれば個室を希望致し ます。							
⑤ 希望部屋	①.個 室 (A・B) 2. 2人部屋 3. 4人部屋				支 援 事 業	××× 介護支援センター 担当：田村花子 TEL () -		
⑥ 現在の状況	1. 自宅で生活 … 介護者 (長男), (福岡歯科大学医科歯科総合病院) 受診中 頻度 2回 /月 2. 入院中 … 年 月 日より () 病院・医院 3. 施設入所中 … 年 月 日より () 施設 4. その他							
⑦ 確認事項	1. 介護保険証 ア. 申請中 (平成 年 月 日 申請) イ. 介護認定済 要支援 (1 2) 要介護度 (1 ② 3 4 5) ウ. (有効期限 H18 . 4 . 1 ~ H20 . 3 . 31) 2. 後期高齢者医療被保険者証 ((有)・無) 3. 健康保険証 (国民健康保険・社会保険) その他 () 4. 障害者手帳 ((有)・無) (2) 級 (1) 種							

利用申込書記入要領

太枠の中のみご記入下さい。

ご利用を希望される方のお名前をご記入下さい。

申込書を記載される方のお名前をご記入下さい。

なお、申込者と連絡先とが異なる場合には、その旨をご記入下さい。

ご利用されるサービスに 印をご記入下さい。

通所リハビリテーション（デイケア）をご希望の方は、週に何回利用されるのか、
また、その希望曜日に 印をご記入下さい。

ご利用を希望される理由、目的等をご記入下さい。また、ご入所希望の方は、
今後の方向性をご記入下さい。

個室A・Bの相違については、Aの方が広くなっております。

誰が主に介護をされているのかご記入下さい。

現在病院にかかられている方は、ご記入ください。

眼科・皮膚科等もご記入下さい。

頻度は、月に何回、週に何回というようにご記入下さい。

申請中の方は、申請した日をご記入下さい。