

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
利用希望者	ひらがな		男・女
	氏名		M・T・S 年 月 日生 (歳)
	現住所	〒 -	TEL () -
申込者	ひらがな		続柄
	氏名		連絡先
	自宅住所	〒 -	ひらがな
	TEL	TEL () -	氏名
	携帯	携帯 - -	住所
			〒 -
			TEL TEL () -
			携帯 携帯 - -
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)		
利用理由			
希望部屋	1.個 室 A・B 2.2人部屋 3.4人部屋	支援事業者	担当 : TEL () -
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		
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.老人医療受給者証 (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
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		13年 4月 1日生(82歳)
	現住所	〒×××-×××× 福岡県福岡市早良区田村2丁目15-1 TEL(092)×××-××××	
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
	氏 名 福 岡 次 郎	長男	氏 名 福 岡 花 子
	自宅住所	連 絡 先	住所
	TEL		住所 〒×××-×××× 福岡県福岡市早良区田村2丁目15-2
	携帯		TEL
携帯	携帯		-
利用内容	1.入 所		
	2.ショートステイ		
利用理由	3.通 所 /週(月)・火(水)・木(金)・土)		
	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。		
希望部屋	1.個 室 (A)・B	支 援 事 業 者	××× 介護支援センター
	2.2人部屋		担当：田村花子
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		
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.老人医療受給者証 (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。