

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。

令和 年 月 日 申込		受付NO.		郵送 ・ 持参	
① 利用希望者	ひらがな 氏 名	〒 -	男・女	M・T・S 年 月 日生 (歳)	
	現住所	TEL () -			
② 申込者	ひらがな 氏 名	〒 -	連絡先	続柄	勤務先 () -
	自宅住所	TEL TEL () -	ひらがな 氏 名	続柄	
	TEL	携帯	TEL①	() -	
	携帯	携帯 - -	TEL②	() -	
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	支援事業者	担当ケアマネージャー： TEL () -		
⑥ 現在の状況	1.自宅で生活 … 主に介護をしている人 () 2.入 院 中 … 年 月 日より (病院名：) 3.施設入所中 … 年 月 日より (施設名：) 4.その他				
⑦ 通院先	内科 () 整形外科 () 外科 () 眼科 () 耳鼻科 () 皮膚科 ()				
⑧ 確認事項	1.介護保険証 ア.申請中 (令和 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.介護保険負担割合証 (1割 ・ 2割 ・ 3割) 3.後期高齢者医療被保険者証 (有 ・ 無) 4.健 康 保 険 証 (国民健康保険・社会保険) その他 () 5.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。

	令和	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	M・T・S
	氏名	福岡 太郎				女	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	ふくおか じろう				続柄	勤務先	
	福岡 次郎				長男	(株)○○○ △△営業所 (092) ××× - ××××	
	〒×××-×××× 福岡県福岡市早良区田村2丁目15-1			連絡先	ひらがな	ふくおか はなこ	
	TEL (092) ××× - ××××				氏名	福岡 花子	
携帯 (×××) ××××-××××			TEL①		(092) ××× - ××××		
			TEL②	(×××) ××××-××××			
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				支援事業者	居宅支援事業所 ○○○○	
	②.2人部屋					担当ケアマネージャー： △△△△さん	
	③.4人部屋					TEL (092) ××× - ××××	
⑥ 現在の状況	①.自宅で生活 … 主に介護をしている人 (長男妻・長男) ②.入院中 … 年 月 日より (病院名： ③.施設入所中 … 年 月 日より (施設名： ④.その他						
⑦ 通院先	内科 (○○内科クリニック) 整形外科 () 外科 () 眼科 (○○眼科) 耳鼻科 () 皮膚科 (○○皮膚科)						
⑧ 確認事項	1.介護保険証 ア.申請中 (令和 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 H30. 8. 1 ~ H31 . 8 . 31) 2.介護保険負担割合証 (1割 2割 3割) 3.後期高齢者医療被保険者証 (有 無) 4.健康保険証 (国民健康保険・社会保険) その他 () 5.障害者手帳 (有・無) () 級 () 種						