

介護老人保健施設 東大和ケアセンター

利 用 申 込 書

※当施設では個人情報保護法に基づき、個人情報を適切に取り扱います。  
 詳細は、掲示の「個人情報の利用目的」をご覧ください。

申 込 日	平成 年 月 日
-------	----------

利 用 者	フリガナ		明・大・昭 年 月 日 歳
	氏 名	男・女	
	住 所	〒 -	電話 ( )

申 込 者	フリガナ		続 柄	年 齢	歳
	氏 名				
	住 所	〒 -	電話① ( )	② ( )	

緊 急 連 絡 先	氏 名	続 柄	年 齢	住 所	電 話 番 号
				〒 -	
				〒 -	
				〒 -	

緊急時以外の通常連絡先として、電子メールをご希望される場合、こちらにメールアドレスをご記入下さい。

氏名	
----	--

保 険 ・ 年 金	介護保険証	要支援 1 2 要介護 1 2 3 4 5 認定日 平成 年 月 日 認定の有効期間 平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日
	負担限度額認定証	第1段階 第2段階 第3段階 第4段階 申請中
	ケアマネジャー	事業所名 担当者名 電話番号
	手帳	身体障害者手帳(無・有 → 級、第 種) その他( )
	年金	国民・厚生・共済・その他( )

希 望 サ ー ビ ス	<input type="checkbox"/> 入所	個室希望 : あり なし
	<input type="checkbox"/> 短期入所療養介護	送迎希望 : あり なし
	<input type="checkbox"/> 通所リハビリテーション	利用希望日 《 月・火・水・木・金・土 》 入浴希望 : あり なし

現 在 の 所 在	<input type="checkbox"/> 在宅 <input type="checkbox"/> 病院(一般病院・回復期・療養型) <input type="checkbox"/> 介護老人保健施設 病院・施設名称( ) <input type="checkbox"/> その他( )
-----------	---