

# 利用申込書

《再利用の方…  の欄は変更がある場合のみご記入下さい》

申込日 令和 年 月 日

利用者	ふりがな														
	氏名												性別	男・女	
	生年月日	M	・	T	・	S	年	月	日	年齢	歳				
	住所	〒													
	電話	( )													
	介護保険 被保険者番号														
	要介護度	要支援1・要支援2・要介護1・要介護2・要介護3・要介護4・要介護5 新規申請中・更新申請中・区分変更中【申請日:令和 年 月 日】													
	認定有効期間	令和	年	月	日	～	令和	年	月	日	まで				

連絡先	第1 連絡先	氏名												続柄 ( )	<input type="checkbox"/> 主介護者
		住所	〒												
		電話	(自宅)	(携帯)	(勤務先)										
	第2 連絡先	氏名												続柄 ( )	<input type="checkbox"/> 主介護者
		住所	〒												
		電話	(自宅)	(携帯)	(勤務先)										
	第3 連絡先	氏名												続柄 ( )	<input type="checkbox"/> 主介護者
		住所	〒												
		電話	(自宅)	(携帯)	(勤務先)										

注:緊急時に備え、第3連絡先までご記入願います。

救急受診病院 希望	第1希望	(電話)
	第2希望	(電話)
	第3希望	(電話)

ケアマネジャー	事業所	(包括)
	担当者	(電話)

利用 希望	<input type="checkbox"/> 施設入所	<input type="checkbox"/> 虹が丘リハビリケアセンター R 年 月 日 ～ 1ヶ月・2ヶ月・3ヶ月・その他 希望居室【4人部屋・2人部屋・個室】
	<input type="checkbox"/> 短期入所	<input type="checkbox"/> 虹が丘リハビリケアセンター <input type="checkbox"/> 宮崎台短期入所支援センター R 年 月 日 ～ R 年 月 日 希望居室【4人部屋・2人部屋・個室】
	<input type="checkbox"/> 通所リハビリ	<input type="checkbox"/> 虹が丘リハビリケアセンター 【希望曜日:月・火・水・木・金・土】【送迎希望 有・無】【入浴希望 有・無】
	<input type="checkbox"/> 通所介護	<input type="checkbox"/> 宮崎台デイサービスセンター 【希望曜日:月・火・水・木・金・土】【送迎希望 有・無】【入浴希望 有・無】
	<input type="checkbox"/> 訪問介護	<input type="checkbox"/> 虹が丘訪問介護ステーション <input type="checkbox"/> 宮崎台訪問介護ステーション 【曜日・時間・内容: 】
	<input type="checkbox"/> 訪問看護	【曜日・時間・内容: 】
	<input type="checkbox"/> 居宅介護支援	【 】

請求書送付先	本人	・	主介護者	・	その他( )
--------	----	---	------	---	--------

※裏面(ご家族用アンケート)もあります。