

利用申し込み書

ハートケア横浜小雀 施設長殿

年 月 日

申込者氏名

印 続柄()

住 所

〒

電話番号

()

ふりがな				男・女	明・大・昭	年 月 日 歳
利用者氏名						
現住所	〒			電 話		
要介護度	認定有効期間	年 月 日～	年 月 日	認定日	年 月 日	
介護保険	負担割合: 割	限度額認定証: 無・有(食事負担限度額 日額 円)				
健康保険	後期高齢者・社保・国保・生保・その他()				身障者手帳	有・無

利用種別	<input type="checkbox"/> 入所	認知症棟 ・ 一般棟 居室希望(4人 ・ 2人 ・ 1人) 入所のご希望時期 月 頃
	<input type="checkbox"/> (予防)短期入所 (ショートステイ)	ご希望の期間 月 日～ 月 日 / 利用日数 日間
	<input type="checkbox"/> (予防)通所リハビリ (デイケア)	ご希望の回数 週に 回 / ご希望の曜日

利用目的	<input type="checkbox"/> リハビリテーション <input type="checkbox"/> 在宅困難 <input type="checkbox"/> その他()
------	--

現在の状況	<input type="checkbox"/> 在宅療養中	主な介護者 続柄() かかりつけ医 受診の頻度 週・月 回 居宅介護支援事業者 現在利用中のサービス
	<input type="checkbox"/> 医療機関入院中	医療機関名 入院日 年 月 日
	<input type="checkbox"/> 施設入所中	<input type="checkbox"/> 介護老人保健施設 <input type="checkbox"/> 介護老人福祉施設 <input type="checkbox"/> その他() 施設名 入所日 年 月 日

保証人氏名	印 続柄()	連絡先①	()
住 所	〒	連絡先②	()

利用者様ご本人からみた家族構成をご記入下さい。

利用者家族構成	氏名	年齢	続柄	居住
				同居・別居
				同居・別居
				同居・別居
				同居・別居
				同居・別居