

# 利用申込み書

申込み日 令和 年 月 日

介護老人保健施設はすみ敬愛 施設長 殿

下記の通り、申込みを致します。

利用希望者	ふりがな		男・女	生年月日
	氏名	Ⓜ		M・T・S 年 月 日生( 歳)
	住所	〒 -		
	電話番号			
	介護保険	申請中・要支援1・2・要介護1・2・3・4・5	被保険者番号:	
	障害者手帳	あり・なし ( )		
	現在の状況	自宅・施設入所( )・入院( ) その他( )		
	健康保険	国民健康保険・社会保険・後期高齢者医療保険・生活保護		
	負担限度額	1・2・3・4・未申請		
	主な病気			
主治医		医療機関:		

申込者	ふりがな		続柄
	氏名	Ⓜ	
	住所	〒 -	
	連絡先	<自宅> <携帯>	

希望するサービス	<input type="checkbox"/> 入所		
	<input type="checkbox"/> 短期入所(令和 年 月 日~令和 年 月 日まで)		
	<input type="checkbox"/> 介護予防短期入所(令和 年 月 日~令和 年 月 日まで)		
	<input type="checkbox"/> 通所リハ(週 回)	希望曜日: 月・火・水・木・金	
	<input type="checkbox"/> 介護予防通所リハ(週 回)		

受付者: \_\_\_\_\_

施設長	事務長	師長

# 記入例

## 利用申込み書

申込み日 令和 年 月 日

介護老人保健施設はすみ敬愛 施設長 殿

下記の通り、申込みを致します。

利用希望者	ふりがな	けいあい はなこ	生年月日
	氏名	敬愛 花子 <small>印</small>	男 <small>女</small> M・T・S 10 年 7 月 5 日生 (91 歳)
	住所	〒313-0013 常陸太田市山下町972番地	
	電話番号	0294-73-1311	
	介護保険	申請中・要支援1・2・要介護1・2・ <u>3</u> ・4・5	被保険者番号:00000××〇〇
	障害者手帳	あり <small>なし</small> ( )	
	現在の状況	自宅・施設入所( )・ <u>入院</u> ( 敬愛病院 ) その他( )	
	健康保険	国民健康保険・社会保険・ <del>後期高齢者医療</del> 保険・生活保護	
	負担限度額	1・ <u>2</u> ・3・4・未申請	
	主な病気	高血圧症、脳梗塞、糖尿病、右大腿骨頸部骨折	
主治医	〇〇 〇〇	医療機関: 敬愛病院	

申込者	ふりがな	けいあい たろう	続柄
	氏名	敬愛 太郎 <small>印</small>	長男
	住所	〒313-1113 常陸太田市山下町972番地	
	連絡先	<自宅>0294-73-1311 <携帯>090-〇〇〇〇-××××	

希望するサービス	<input checked="" type="checkbox"/> 入所	
	<input type="checkbox"/> 短期入所(平成 年 月 日~平成 年 月 日まで)	
	<input type="checkbox"/> 介護予防短期入所(平成 年 月 日~平成 年 月 日まで)	
	<input type="checkbox"/> 通所リハ(週 回)	希望曜日: 月・火・水・木・金
	<input type="checkbox"/> 介護予防通所リハ(週 回)	

受付者: \_\_\_\_\_

施設長	事務長	師長