

# 利 用 申 込 書

年 月 日

医療法人 永寿会

介護老人保健施設 ゆうむ 施設長殿

(ふりがな)

申込者氏名 \_\_\_\_\_ 様(続柄 \_\_\_\_\_) 印

(ふりがな)	
利用者氏名 _____ 様	住所 〒 _____
(男・女)	
明大昭 年 月 日 ( 歳)	TEL ( )
<b>希望サービス</b>	
<input type="checkbox"/> 入所 <input type="checkbox"/> 短期入所療養介護 <input type="checkbox"/> 通所リハビリテーション <input type="checkbox"/> 介護予防通所リハビリテーション	
<b>医療保険等</b> (該当するものにチェックしてください)	
<input type="checkbox"/> 社保 <input type="checkbox"/> 国保(本人・家族) <input type="checkbox"/> 後期高齢者医療被保険者証 <input type="checkbox"/> 高齢者医療証 <input type="checkbox"/> 障(心身障害者医療費受給者証)	
<input type="checkbox"/> 障害手帳 種 _____ 級 障害名: _____	
<input type="checkbox"/> 生活保護受給 (担当ケースワーカー: _____ 市町村名: _____)	
<b>介護保険関係</b>	
要介護度: 要支援( 1 2 ) 要介護( 1 2 3 4 5 )	
認定日: 年 月 日 (認定の有効期間 年 月 日 ~ 年 月 日)	
<input type="checkbox"/> 区分変更申請中(申請日 / 申請前介護度)	
介護保険負担限度額認定証: 有・無 適用年月日: R 年 月 日から 有効期間: R 年 月 日まで	
介護保険負担割合 ( 割)	
<b>連絡先①</b> (ふりがな)	
氏名 _____ 様 ( 歳 続柄 )	自宅電話 ( )
自宅住所 〒 _____	携帯電話 ( )
勤務先名 _____	勤務先電話 ( )
<b>連絡先②</b> (ふりがな)	
氏名 _____ 様 ( 歳 続柄 )	自宅電話 ( )
自宅住所 〒 _____	携帯電話 ( )
勤務先名 _____	勤務先電話 ( )
<b>連絡先③</b> (ふりがな)	
氏名 _____ 様 ( 歳 続柄 )	自宅電話 ( )
自宅住所 〒 _____	携帯電話 ( )
勤務先名 _____	勤務先電話 ( )

