

# 介護療養型老人保健施設ひだまりの郷 利用申込書

平成 年 月 日

申 込 者	氏名	本人 ・ 家族(続柄: ) ・ その他( )	
	住所		
	連絡先	( )	携帯電話

利 用 者	ふりがな	男	生年月日	明	大	昭	
	氏名	女	年 月 日				歳
	住所 〒						
		電話 ( )					
介護保険被保険者番号							
要介護状態区分		要介護 ( 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 )					
認定の有効期間		年 月 日 から		年 月 日 まで			
連絡先(緊急時)①	氏名		続柄				
	住所						
	電話	自宅	( )	携帯電話			
連絡先(緊急時)②	氏名		続柄				
	住所						
	電話	自宅	( )	携帯電話			
希望居室		4人部屋 ・ 2人部屋					
現在の状況		1 在宅で生活中 2 入院中 医療機関名 3 施設入所中 施設名					
病名							
服薬名							
居宅介護支援事業者名		.....					
担当者名		.....					電話 ( )
施設利用の目的・理由							
その他 希望、連絡事項など					施設処理欄		