

介護老人保健施設(通所) 利用申込書

平成 年 月 日

森山ケアセンター

介護老人保健施設 様

利用申込者 氏名

印

(代筆者)

印

森山ケアセンター介護老人保健施設のサービスの利用を申込みます。

利用者	氏名	フリガナ -----	男・女	明治 大正 昭和	年 月 日	生 歳
	住所	〒 -	電話	- -		
連絡先①	氏名	続柄()		電話	(自宅) - -	
	住所	〒 -	(携帯) - -			
連絡先②	氏名	続柄()		電話	(自宅) - -	
	住所	〒 -	(携帯) - -			
身体 の 状 況	主な病気			かかりつけの医療機関名		
				担当医		
				TEL		
要介護(要支援)認定				ケアマネージャー事業所名		
介護保険負担限度額認定証		段階		担当者		
				TEL		
希望理由						
現在の生活の場所	自宅 施設(老健/グループホーム/その他) 病院			名称		