

医療法人 森田記念会

介護老人保健施設プロスペクトガーデンひたちなか

# 入所 ・ ショートステイ 利用申請書

私(申請者)は、施設機能を十分に理解したうえで、下記の通り貴施設の利用を申請いたします。

申請年月日 年 月 日 希望サービス 申請者 ⑩  
□ 入所 住所  
□ ショートステイ 電話番号

ふりがな				生年月日	M・T・S	年	月	日( 歳 )
利用者氏名			男・女	電話番号				
住所	〒							
主介護者			続柄		連絡先			
要介護区分	<input type="checkbox"/> 初回申請中 ・ <input type="checkbox"/> 要支援1 ・ <input type="checkbox"/> 要支援2 ・ <input type="checkbox"/> 区分変更申請中							
	<input type="checkbox"/> 要介護1 ・ <input type="checkbox"/> 要介護2 ・ <input type="checkbox"/> 要介護3 ・ <input type="checkbox"/> 要介護4 ・ <input type="checkbox"/> 要介護5							
介護保険負担割合	<input type="checkbox"/> 1割 ・ <input type="checkbox"/> 2割 ・ <input type="checkbox"/> 3割			身体障害者手帳	<input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有			
療養状況	自宅 ・ 入院中(病院名 ) ・ 入所中(施設名 )							
家族構成	氏名	続柄	生年月日	備考				
同居・別居								
同居・別居								
同居・別居								
同居・別居								
同居・別居								
同居・別居								
利用申請の理由								

※申請後に、ご本人の生活の様子・介護の様子を詳しく知るために面談を行いたいと思います。

※当施設へのご質問・ご要望については、下記までご連絡下さい。

介護老人保健施設プロスペクトガーデンひたちなか  
支援相談課 TEL:029-354-3210(代表)