

介護老人保健施設『くらかけの里』通所リハビリテーション利用申込書

令和 年 月 日

「老人保健施設くらかけの里」 管理者 殿

利用者	氏名	ふりがな	明・大・昭	年	月	日生
			(男・女)			(歳)
	住所	〒	—	☎		
扶養者	氏名	ふりがな	続柄 ()			
	住所	〒	—	☎	()	
緊急時連絡先	①	ふりがな	☎	自宅	()	
				携帯	()	
				職場	()	
	②	ふりがな	☎	自宅	()	
				携帯	()	
				職場	()	
	③	ふりがな	☎	自宅	()	
				携帯	()	
				職場	()	

<利用目的>

2. 家族の状況 (主たる介護者に○をつけてください)

氏名	続柄	同居/別居	年齢	職業
		同・別		
		同・別		
		同・別		
		同・別		
		同・別		

3. 現在の状況

・入院中 退院予定： 月 日
[病院名：]

・施設入所中 退所予定： 月 日
[施設名：]

・在宅
外来受診 有 ・ 無
[病院名：]

3. 介護保険被保険者証の記載内容

・要介護状態区分 ・要支援1 ・要支援2 ・要介護1 ・要介護2 ・要介護3 ・要介護4 ・要介護5

・認定の有効期間 令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日

・被保険者番号

※ 利用に関してご不明な点がありました遠慮なくご相談下さい。

・この申込書は別添「利用者個人票」と一緒に施設に提出下さい。

老人保健施設 くらかけの里

TEL 018-878-6622 FAX 018-878-6611

《施設記入欄》

受付年月日	令和 年 月 日	受付者	㊟
-------	----------	-----	---