

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・平		年	月	日生
	住所	〒		—	☎		(男・女) (歳)	
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	()		
	②	ふりがな		☎	自宅	()		
	③	ふりがな		☎	自宅	()		
＜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）						3. 現在の状況		
	氏名	続柄	同居/別居	年齢	職業	・入院中 退院予定： 月 日		
			同・別			〔病院名： 〕		
			同・別			・施設入所中 退所予定： 月 日		
			同・別			〔施設名： 〕		
			同・別			・在宅		
			同・別			外来受診 有 ・ 無		
			同・別			〔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	⑨
-------	----------	-------	---