

利用申込書

老人保健施設 ハイム・ゾンネ

申込日 令和 年 月 日 () 受付者

利用者 (本人)	(ふりがな)			(性別)	明治	
	氏名			(男 女)	大正 年 月 日 昭和 歳)	
	住所	〒 -				
	連絡先	自宅 - -				
	介護認定	認定済み 要支援 (1 2) 要介護 (1 2 3 4 5)				
		申請中 (新規 更新 区分変更) 申請日 (月 日) 認定調査 (月 日) 未定 不明				
	認定期間	年 月 日 ~ 年 月 日		被保険者番号		
	負担割合	1割 2割 3割				
負担段階	負担段階 (1 2 3① 3②) 非該当 申請中 (月 日) 申請予定あり 申請予定なし					
申込者	(ふりがな)			(続柄)	大正	
	氏名			()	昭和 年 月 日 平成 歳)	
	住所	〒 -				
	連絡先	自宅 - -		携帯 - -		
職場 - -						

※入所調整をさせて頂く方が上記申込者と異なる場合は下記に連絡先をご記入ください

連絡先	(ふりがな)			(続柄)	大正	
	氏名			()	昭和 年 月 日 平成 歳)	
	住所	〒 -				
	連絡先	自宅 - -		携帯 - -		
職場 - -						

療養状況	・ 在宅					
	・ 入院中 病院名 () 入院日 (年 月 日)					
	(退院期限) 未定 ・ 不明 ・ 有 (時期:					
	・ 入所中 施設名 () 入所日 (年 月 日)					
希望のサービス	・ 入所 (入所を希望する時期) 早急 ・ 将来的 ・ その他					
	・ 短期入所 (送迎の希望) 有 ・ 無					
	(リハビリの希望) 有 ・ 無					
希望される理由	・ 通所リハ (送迎の希望) 有 ・ 無					