

年 月 日

利用申込書

貴法人施設を利用したいので、下記保証人と連帯して利用を申し込みします。

ふりがな		男 ・ 女	要介護度	要支援（1・2） ・区分変更中 要介護（1・2・3・4・5）		
利用者 氏名			生年月日	T・S・H 年 月 日（才）		
自宅 住所	〒		TEL () -			
家 族 構 成	氏名	年齢	性別	続柄	職業	同居の有無
						同・別
						同・別
						同・別
						同・別
利用希望 内容	① 入所 ② 短期入所療養介護 ③ 通所リハビリテーション					
希望理由						
心身の状況など（該当するものに○をつけて下さい）						
● 歩行（独歩・杖歩行・歩行器・車いす） ● 食事介助（不要・一部介助・全介助） ● 食事内容（ごはん・おにぎり・全粥）（普通・刻み・ペースト） ● 入浴介助（不要・一部介助・全介助） ● オムツ使用（有・無） ● 排泄介助（不要・一部介助・全介助） ● 認知症（無・軽・中・重） ● 服薬（有・無） ● 衣服着脱介助（不要・一部介助・全介助）						
現在の 状況	・ 入院中 病院名（ ） 病名（ ） ・ 通院中 病院名（ ） 病名（ ） ・ 他施設利用中 施設名（ ） ・ 担当ケアマネジャー（事業所名： 氏名： ）					
緊 急 連 絡 先	氏名	ふりがな	利用者との関係	連絡先TEL		
	氏名	ふりがな	利用者との関係	連絡先TEL		
保 証 人	氏名	ふりがな	利用者との関係	生年月日 T・S・H 年 月 日（才）		
	住所	〒		TEL () -		