

老人保健施設やわらぎ 利用申込書 （従来型・ユニット型共通）

令和 年 月 日

ふりがな			男・女	大正 昭和 年 月 日 (歳)		
住所	〒			電話番号 () -		
申込者	氏名	続柄 ()		電話番号		
	住所			携帯電話		
	勤務先			電話番号		
連絡先 ①	氏名	続柄 ()		電話番号		
	住所			携帯電話		
	勤務先			電話番号		
連絡先 ②	氏名	続柄 ()		電話番号		
	住所			携帯電話		
	勤務先			電話番号		
要支援	1	2	要介護	1	2	3 4 5
認定有効期限	年 月 日 ~ 年 月 日			負担割合	1割 2割 3割	
被保険者番号				認定年月日	年 月 日	
負担限度額認定	有 () 無			保険者 (番号)		
医療保険種別	後期高齢者 社保 (本人 ・ 家族)			生活保護受給	有 無	
備考						
現在の かかりつけ医	病院	医院	科	医師		
	病院	医院	科	医師		
	病院	医院	科	医師		
入院中	病院	傷病名：		R 年 月 日 入院		
担当CM	事業所名：			担当CM：		
希望の サービス	入所 (従来型 ・ ユニット型)			ショートステイ		
	個室		多床室	どちらでもよい		
希望期間						
退所後予定						
利用理由						