

老人保健施設やわらぎ 利用申込書 (ショートステイ用)

令和 年 月 日

ふりがな			男・女	大正	昭和	年	月	日	(歳)			
氏名												
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	負担割合	1割	2割	3割
認定有効期限	年 月 日 ~ 年 月 日				認定年月日	年 月 日						
被保険者番号					保険者(番号)							
負担限度額認定	有 () 無				生活保護受給	有 無						
医療保険種別	後期高齢者 社保 (本人 ・ 家族) 国保 (本人 ・ 家族)											
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					
担当CM	事業所名：					担当CM：						
ご利用中の サービス	サービス種別	事業所名			利用頻度	備考						
利用理由												
希望頻度												
送迎の注意点												