

# 介護老人保健施設(アゼリア・ウイング・オキドキ・アメイズ)利用申請書

申請日 平成 年 月 日

申請者

印

利用希望者	フリガナ 氏名		性別	男・女	生年 月日	明治・大正・昭和 年 月 日 ( 歳)
	住所	〒			電話	( )

※利用希望のサービスを「○」で囲みください。その他は内容の記入をお願い致します。

希望サービス	入所 ・ 短期入所療養介護 ・ 介護予防短期入所療養介護
希望療養室	個室 ・ 2人部屋 ・ 4人部屋 ・ 特に希望なし
利用終了後の方針	在宅 ・ 特養 ・ 他施設申請済(施設名: ) ・ 未定

希望通所サービス	通所リハビリテーション ・ 介護予防通所リハビリテーション
担当居宅支援事業所	TEL
担当ケアマネジャー名	特記

\*「利用料金請求先」には、該当者に「○」をご記入下さい。  
\*「連絡先順位」には、連絡先の順番を記入し、キーパーソンの方は番号に「○」印を付けて下さい(記入例…①、2、3)

連帯保証人の方は、さらに連絡方法の順位をご記入下さい  
(記入例・・①・②)

連帯保証人	利用料金請求先	フリガナ 氏名	続柄:	自宅電話	( )
	連絡先順位	住所	〒	FAX番号	( )
	災害用安否メール			携帯番号	( )
				職場連絡先	( )
連帯保証人	利用料金請求先	フリガナ 氏名	続柄:	自宅電話	( )
	連絡先順位	住所	〒	FAX番号	( )
	災害用安否メール			携帯番号	( )
				職場連絡先	( )
連絡先	利用料金請求先	フリガナ 氏名	続柄:	自宅電話	( )
	連絡先順位	住所	〒	FAX番号	( )
				携帯番号	( )
				職場連絡先	( )
	利用料金請求先	フリガナ 氏名	続柄:	自宅電話	( )
	連絡先順位	住所	〒	FAX番号	( )
			携帯番号	( )	
			職場連絡先	( )	

\* 再利用の方について、修正又は追加がある場合は赤字で修正の記載をお願いします

施設備考欄

受取者印