介護老人保健施設ケアパーク茅ヶ崎　利用申込書

平成３０年３月８日改定

記入日		年　　月　　日			
記入者				続柄	
利用者	フリガナ 利用者名				
	性別		生年月日	年　　月　　日（　　）歳	
	現住所	〒　　―			
	電話番号				
第一連絡先	フリガナ 氏名			続柄	
	性別		生年月日	年　　月　　日（　　）歳	
	電話番号		携帯電話番号		
	住所	〒　　―			
第二連絡先	フリガナ 氏名			続柄	
	性別		生年月日	年　　月　　日（　　）歳	
	電話番号		携帯電話番号		
	住所	〒　　―			
利用サービス	１．入所　　２．短期入所療養介護（ショートステイ） ３．通所リハビリ（デイケア） ４．介護予防短期入所療養介護（ショートステイ） ５．介護予防通所リハビリテーション（デイケア）				
利用の理由	□リハビリテーション　　□家族・介護者の事情 □介護対応困難　　□他施設入所待機 □その他（　　）				
退所後の生活	□自宅（在宅復帰の希望予定　□３か月後　□６か月後） □在宅型施設（有料老人ホームなど）　　□未定				

その他、ご希望される事項やご心配な事項をお書き下さい。

※申込書をご提出の際には、お手持ちの介護保険被保険者証、医療受給者証、限度額認定証、身体障害者手帳等のコピーを添付してください