

NO. _____

老人保健施設サンライズ屋島 利用申込書

令和 ____ 年 ____ 月 ____ 日

老人保健施設サンライズ屋島
施設長 谷本 竜一 殿

利用申込者 (〒 -)

住所

氏名

利用者との関係 ()

自宅 () -

携帯 () -

下記のとおり、老人保健施設を利用したく関係書類を添えて申し込いたします

利用者	ふりがな		男・女	生年月日	(明治・大正・昭和)
	氏名				年 月 日 (歳)
	住所	(〒 -)		電話番号	
利用内容	☐ 入所 ☐ 通所リハビリテーション(デイケア) ☐ 短期入所(ショートステイ)				
介護保険	介護度	☐ 要介護1 ☐ 要介護2 ☐ 要介護3 ☐ 要介護4 ☐ 要介護5			
		☐ 要支援1 ☐ 要支援2 ☐ 申請中(申請日 年 月 日)			
	認定年月日	年 月 日	被保険者番号		
	認定有効期間	年 月 日 ~ 年 月 日			
減免申請	☐ する ☐ しない		短期入所希望日	~	

利用誓約書	上記申込書により、貴施設を利用する事になれば、貴施設の諸規定を守り、利用料金等についても迷惑をかけません。				
	以上、誓約します。				
	令和 ____ 年 ____ 月 ____ 日		(〒 -)		
	☐ 利用申込者と同じ		住所		
	身元引受人	氏名			
		利用者との関係 ()			
自宅 () -					
携帯 () -					

支援事業者	名称		電話番号		担当者	
適用						