

介護老人保健施設ケアパーク茅ヶ崎 利用申込書

記入日	年 月 日			
記入者			続柄	
利用者ご本人様	フリガナ 利用希望者	()		
	性別	男 ・ 女	生年月日	明治 ・ 大正 ・ 昭和 年 月 日 () 歳
	現住所	〒 —		
	電話番号			
第一連絡先	フリガナ 氏名	()		続柄
	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
	電話番号		携帯電話番号	
	住所	〒 —		
利用希望内容	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	<input type="checkbox"/> リハビリテーション <input type="checkbox"/> 介護困難 <input type="checkbox"/> 家族・介護者の事情 <input type="checkbox"/> 他施設待機 <input type="checkbox"/> その他()			
退所後の生活	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 施設 <input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 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者証、医療受給者証、限度額認定証、身体障害者手帳等コピーを添付してください