

老人保健施設 第二にいがた園 通所リハビリテーション 利用申込書

令和 年 月 日

申込者 (連絡先)	ふりがな 氏名	住所 [〒]					
		TEL		携帯			
	続柄 ()	勤務先		TEL			
利用希望者	ふりがな 氏名	男	明治	年	月	日	生まれ
		女	大正 昭和				
	住所 [〒]	TEL					
利用内容	1. 入所、療養としての利用(期間) 2. ショートステイ(短期入所)						
	3. デイケア(通所リハビリ) 4. その他()						
介護保険	要介護 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5			要支援 1 ・ 2			
経済状況	本人の収入 月額 () 円						
	老齢(国・厚)年金 共済年金 遺族年金 障害年金 福祉年金 その他()						
申請理由	特に困っていること など						
家族構成 (同居者)	氏名	続柄	生年月日	勤務先			
現在の 状況	1. 自宅で介護中 (主な介護者 続柄)						
	2. 病院に入院中 (病院名 年 月 日～入院中)						
	3. 施設に入所中 (施設名 年 月 日～入所中)						
	4. その他 ()						
写真等の 使用について	施設利用中に撮影した写真等を「広報誌への掲載」や「インスタグラム等のSNSでの掲示」に使用させていただきます。このことについて【 承諾します ・ 承諾しません 】						
希望 その他	・利用希望回数 (週 回) ・利用希望日 ()						