

通 所 利 用 申 込 書 (ご家族様記入)

介護老人保健施設ソピア御殿山 殿

申込日 令和 年 月 日

利用者 (本人)	<small>ふりがな</small>			男・女	明・大・昭	年	月	日	()歳	
	氏 名		印							
	住 所	<small>〒</small>			電話番号					
	介護保険	要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5 申請中 区分変更								
		<small>認定年月日</small>			<small>認定有効期間</small>					
			年 月 日 ~		年 月 日					
健康保険	後期高齢者・社保・国保・共済・生保・その他()									
申込者 (家族)	<small>ふりがな</small>			男・女	明・大・昭	年	月	日	()歳	
	氏 名		印							
	住 所	<small>〒</small>			利用者との 関係					
	連絡先	①自宅・携帯・その他()			②自宅・携帯・その他()					
利用料 支払者	上記の場合は、 <input type="checkbox"/> に <input checked="" type="checkbox"/> をお願いします。 <input type="checkbox"/> 利用者(本人) <input type="checkbox"/> 申込者(家族)									
	<small>ふりがな</small>			男・女	明・大・昭	年	月	日	()歳	
	氏 名		印							
	住 所	<small>〒</small>			利用者との 関係					
	連絡先	①自宅・携帯・その他()			②自宅・携帯・その他()					
希望開始日	年 月 日 (上・中・下)旬		~		年 月 日 (上・中・下)旬		まで			
希望曜日	月・火・水・木・金				送迎希望: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		入浴希望: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無			
申込理由										
<p>前回ご利用時から、身体状況の変化や、お薬の内容が変わった、主治医が変わった等ありましたら、具体的に ご記入下さい。また、施設に対するご希望やご意見がございましたらご記入下さい。</p>										