利用希望サービス

施 設 利 用 申 込 書

□入所　□短期入所(療養)　□通所(デイケア)　□訪問リハビリテーション

介護老人保健施設ソピア御殿山 殿　　申込日　　年　月　日

申 込 内 容

利用者(本人)	ふりがな		男・女	明・大・昭　年　月　日	( )歳	
	氏　名	印				
	住　所	〒	電話番号			
	介護保険	要支援　1・2　要介護　1・2・3・4・5　申請中　区分変更中				
		認定年月日	認定有効期間 年　月　日 ～ 年　月　日			
		居宅支援事業所	担当ケアマネージャー			
申込者(家族)	ふりがな		男・女	大・昭・平　年　月　日	( )歳	
	氏　名	印				
	住　所	〒	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		□利用者(本人)	□申込者(家族)	□その他( )		
利用希望	居　室	□個室　(個室代 別途料金 6,600円/日)　□4人部屋				
	希望開始日	年　月頃　～　年　月頃				
	希望曜日(通所利用の方)	月・火・水・木・金　送迎希望：□有 □無　入浴希望：□有 □無				
現況		□在宅療養中 □医療機関に入院中　(医療機関名：　年　月頃～) □介護施設等に入所中(施設名：　年　月頃～)				
退所予定先		□ご自宅または有料施設など	□特養(申込:□済、□未了)	□その他(		
申込理由						

利用者情報提供に関する同意(必ず一読下さい)

施設長　殿

私は、貴施設が保有する私の診療情報、心身の状況、生活歴、栄養管理情報等の個人情報を退所後の医療機関、介護支援専門員等へ提供することに、入所(短期療養入所)の申込と併せて同意します。

※本人に判断能力が無い等、本人の同意を得る事が困難な場合は、申込者(家族等)を同意者とし、申込と同時に同意を得たものと致します。

介護老人保健施設ソピア御殿山 2026.5.1