

利 用 申 込 書

令和 年 月 日

サービス付き高齢者向け住宅 清流館城東CTL

下記の者貴施設を利用したいので必要書類を添えて申し込みます。

記

利用者

介護保険被保険者番号										
認定の有効期間	R ~ R									
要介護認定	支援1	支援2	1	2	3	4	5	新規 変更	申請中	
介護保険負担割合	1割		2割			3割		/		
ふりがな										
氏 名				性別	男	生年月日		年 月 日		
					女					
現 住 所	〒							電話番号		
希望するサービス (複数チェック可)	<input type="checkbox"/> サービス付き高齢者向け住宅 入居 <input type="checkbox"/> 通所介護 (清流館城東) <input type="checkbox"/> 往診診療 (医療法人敬寿会 前橋城南病院) <input type="checkbox"/> 通所リハビリテーション (提携法人施設: ビハーラ寿苑) <input type="checkbox"/> 訪問リハビリテーション									
主 治 医	病院名				主治医氏名					
現在の状況	<input type="checkbox"/> 在宅生活中 (介護保険サービスの利用 無 ・ 有) <input type="checkbox"/> 入院中 (医院・病院) <input type="checkbox"/> 入所中 (施設名)									
障害者手帳	無	有	身体 療育 (種 級)			福祉医療費受給資格者証		無 有		

緊急連絡先①

ふりがな									
氏 名				続 柄					
				歳					
住 所	〒							自宅電話	
								携帯電話	
勤務先 及び 電話番号									

緊急連絡先②

ふりがな									
氏 名				続 柄					
				歳					
住 所	〒							自宅電話	
								携帯電話	
勤務先 及び 電話番号									