複合介護施設　けんちの苑ゆりいか　利用申込書

医療法人社団　竹恵会

複合介護施設　けんちの苑ゆりいか

館長　殿

平成　　年　　月　　日

申請者住所

申請者氏名　　印

本人との続柄

私（次の者）は、複合介護施設　　けんちの苑ゆりいか　を利用したいので、次の通り申請致します。

利用者名	男・女　明治・大正・昭和　　年　　月　　日　　歳
住所　〒	TEL
希望内容	2.ショートステイ　　3.デイサービス 部屋希望（入所のみ）　　個室　・　多床室 利用希望時期　　平成　　年　　月　　日　頃より デイ利用希望曜日　　月　・　火　・　水　・　木　・　金　・　土
かかりつけ医	医療機関名　　TEL
居宅ケアマネージャー	担当
介護認定	申請中　・　要支援1　・　要支援2　・　要介護1　・　2　・　3　・　4　・　5 負担割合　　1割　・　2割 負担限度額認定証　有り　・　無し　　※介護保険証の提示をお願いします。

家族構成	氏　　名	続柄	年齢	職　　業

備　　考