

ライフサポートハウス エール二之宮 利用申込書

ライフサポートハウスエール二之宮 管理者様
入居を希望するので、下記の通り申込みます。

申込日	平成	年	月
受付日	平成	年	月
受付番号		受付者	

代理の方	氏名		住所	〒	
	続柄		電話番号	自宅:	携帯:

(フリガナ)			性別																	
氏名			男・女	被保険者番号																
				介護度	要支援	1 ・ 2														
生年月日	明・大・昭	年	月	日(満	歳)	介護度		1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5												
電話番号	自宅:			要介護認定		有効		平成 年 月 日から												
				期間				平成 年 月 日まで												
自宅住所	〒																			
現在の居所	<input type="checkbox"/> 単身で居住 <input type="checkbox"/> 高齢者のみの世帯 <input type="checkbox"/> 家族と同居 <input type="checkbox"/> 他の施設や病院に入っている																			
かかりつけ医院・病院	医院・病院の名称											所在地	〒							
	主治医氏名												電話番号							
居宅介護支援事業所	※利用してる場合										担当ケアマネージャー名									
申込日前月に利用中のサービス	訪問介護	回/月		訪問リハビリ	回/月		訪問看護	回/月												
	訪問入浴	回/月		通所介護	回/月		通所リハビリ	回/月												
	短期入所生活介護	日/月		短期入所療養介護	日/月		福祉用具貸与	品目												
困っていることなど	(※身体状況(健康状態)や仕事の有無(週の勤務日数及び時間)などを記入してください)																			

家族の状況	氏名	年齢	続柄	職業	電話番号

ライフサポートハウスエール二之宮への利用の申込にあたり、その手続きについて説明を受けました。

平成 年 月 日 氏名