

# ハynes憩の丘施設利用申込書

年 月 日

ふりがな 利用者氏名	(印)	男・女	明・大・昭 年 月 日(才)					
住所 (住民票)	〒 _____ TEL _____							
現住所	〒 _____ TEL _____							
利用希望に○ <input type="checkbox"/> 施設入所 <input type="checkbox"/> ショートステイ <input type="checkbox"/> 通所リハビリ	介護度	要支援 1・2	要介護 1・2・3・4・5					
	保険	国保・社保・後期高齢者・その他( )	負担限度額 認定証 有・無					
施設入所・ショートステイ 部屋希望	個室 多床室	通所リハビリ 曜日希望	月・火・水・木・金・土					
ショートステイ 通所リハビリ ご利用の方	ケアプラン作成事業所 担当ケアマネージャー 【 _____ 】 【 _____ 】							
かかりつけ病院	1		傷					
	2		病					
	3							
	4		名					
同居 の 家 族	氏名	続柄	年齢	職業	氏名	続柄	年齢	職業

緊急時の連絡先(最低3カ所以上お願いいたします)

	氏名	続柄	Tel(携帯電話含む)	住所
①				
②				
③				
④				