利　用　申　込　書

（申込日）　　年　　月　　日

医療法人社団　白樺会　麓華苑　御中

フリガナ 申込者氏名	印
住　所	〒　　－
電話番号	（　　）　　－
携帯電話	－　　－
続　柄	

貴施設の下記のサービス利用につきまして利用したく、関係書類を添えて申し込みます。なお、貴施設利用については貴施設の諸規則を守り、集団生活を乱すような言動は致しません。

又、入所者に関わる退所時の身元引き受け並びに利用支払い時については、身元引受人において一切の責任を負うことをお約束致します。

利用希望サービス	□長期入所　□短期入所　□介護予防短期入所　□訪問リハビリ □通所リハビリ(デイケア)　□介護予防通所リハビリ（デイケア） □通所介護(デイサービス)　□介護予防通所介護（デイサービス） □訪問介護(ホームヘルプ)　□介護予防訪問介護（ホームヘルプ）
利用希望時期	年　　月頃　から
利用希望回数 (訪問・通所系)	回 ／ 週（ 曜日： 月 ・ 火 ・ 水 ・ 木 ・ 金 ・ 土 ）

《 利 用 者 》

フリガナ		性　別	男 ・ 女
利用者氏名		生年月日	大正・昭和 年　　月　　日
現 住 所	〒　　－		
電話番号	（　　）　　－		

《 介護保険関係 》

認定区分	認定済 ・ 申請中 ・ 未申請		
保険者番号		被保険者番号	
要介護度	要支援１・要支援２・要介護１・要介護２・要介護３・要介護４・要介護５		
認 定 日	年　　月　　日	有効期間（自）	年　　月　　日
		有効期間（至）	年　　月　　日

《 現在利用中のサービス：有 ・ 無 》※現在利用中のサービスに☑をつけてください。

□訪問介護・□訪問看護・□訪問入浴・□通所介護・□通所リハビリ・□訪問リハビリ
□短期入所生活介護/□短期入所療養・□介護福祉用具貸与・その他（　　）
□介護老人福祉施設・□介護老人保健施設・□介護療養型医療施設・□グループホーム

かかりつけ医	病院名：　　診療科：　　科　主治医氏名：
紹介事業所・病院	担当者名：