

介護付有料老人ホーム サンビレッジ 清風のしろ 利用申込書

申込年月日	令和 年 月 日
-------	----------

申込者 (身元引受人) 住所: \_\_\_\_\_  
 氏名: \_\_\_\_\_ 続柄: \_\_\_\_\_ 電話: \_\_\_\_\_  
 緊急連絡先: \_\_\_\_\_

ふりがな		男・女	生年 月日	明・大・昭 年 月 日
利用者氏名				歳
利用者住所		電話番号		

ご本人の様子・入所申込の理由

入所申込の理由:  
 -----  
 -----  
 -----  
 -----

ご家族さま連絡先(緊急時連絡先)

	氏名	年齢	続柄	勤務先等	電話番号(携帯番号)
1					
2					
3					
4					
5					

介護保険	被保険者番号													保険者名称	市・町・村	
	認定有効期間			年			月			日	から				居宅介護支援事業所	
	申請時介護度	支1	支2	介1	介2	介3	介4	介5						担当ケアマネ		

主治医①	医療機関名		電話番号	
	診療科名		病名	
	医師名		服薬状況	

主治医②	医療機関名		電話番号	
	診療科名		病名	
	医師名		服薬状況	

施設記入欄:  
 -----  
 -----  
 -----