

# 利用申込書

受付日	/	受付者	
-----	---	-----	--

リハビリケア船橋 施設長 殿

申込日 令和 年 月 日

ふりがな				生年月日	
利用者氏名	男・女	M・T・S・H	年	月	日 ( 歳)
現住所	〒				
電話番号	( )	介護度	支援・介護 / 1・2・3・4・5		

申込者氏名			続柄	
申込者住所	〒			
電話番号	【自宅】	( )	【携帯】	( )

利用目的	種別	<input type="checkbox"/> 入所	利用目的	<input type="checkbox"/> 在宅復帰	【備考】
		<input type="checkbox"/> ショートステイ		<input type="checkbox"/> 在宅継続支援	
		<input type="checkbox"/> 通所リハビリ		<input type="checkbox"/> 介護負担軽減	
		<input type="checkbox"/> 訪問リハビリ		<input type="checkbox"/> 生活機能の維持・向上	

現在の状況	在宅療養中	主たる介護者 (同居・別居) かかりつけ医療機関名 担当ケアマネジャー
	医療機関入院中	医療機関名 所在地 入院日:( 年 月 日・不明) 退院予定:( 年 月ごろ・未定)
	施設入所中	施設名称 所在地 施設種別 特養・養護・老健・有料・軽費・ケアハウス グループホーム・サービス付き住宅・その他 入所日:( 年 月 日・不明) 退所予定:( 年 月ごろ・未定)
方向性	<input type="checkbox"/> 在宅復帰・継続支援 <input type="checkbox"/> 特養 <input type="checkbox"/> 老健 <input type="checkbox"/> 有料 <input type="checkbox"/> グループホーム <input type="checkbox"/> その他	

サービス利用料請求書送付先等			
氏名			
住所	〒		
電話番号	( )		
続柄		年齢	才
本人の収入	<input type="checkbox"/> 年金 <input type="checkbox"/> その他 円/月		

同居家族	氏名	年齢	続柄