

# 利用申込書

介護老人保健施設 ゆうゆうハウス  
施設長 殿

平成 年 月 日

利用希望者	フリガナ			生 年 月 日	
	氏 名		男 女	明治 大正 昭和	年 月 日 ( 歳)
	住 所	〒		(TEL - - ) (FAX - - )	
介護度	認 定 申 請		要 介 護 状 態 区 分		
	未	認定中	済	自立・要支援・要介護 1・2・3・4・5	
	認定期間		平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日		
扶養者	フリガナ			生 年 月 日	
	氏 名			明治 大正 昭和	年 月 日 ( 歳)
	住 所	〒		(TEL - - ) (FAX - - ) (携 帯 - - )	
	勤務先			(TEL - - )	続 柄
上記以外の連絡先	氏 名			(TEL - - ) (FAX - - ) (携 帯 - - )	続 柄

利用内容	1. 入所	2. 短期入所 (ショートステイ)	3. 通所 (デイケア)
利用理由	..... ..... .....		

現在の状況						
1. 自宅療養中 2. 病院・医院に入院中 3. 他の老人保健施設に入所中 4. 社会福祉施設に入所中 5. その他医院に入院中 (病院、医院、施設にて療養中の方は機関名をご記入下さい) 機関名						
利用開始予定日	平成	年	月	日	~	平成 年 月 日
	平成	年	月	日	~	平成 年 月 日
	平成	年	月	日	~	平成 年 月 日
	平成	年	月	日	~	平成 年 月 日
	平成	年	月	日	~	平成 年 月 日

退所後の生活場所 (入所希望者のみ)	1. 自宅	2. 子の世帯	3. 病院	4. 施設	5. その他
--------------------	-------	---------	-------	-------	--------

業 務 処 理 欄	
相談員	ID

# 利用申込書

介護老人保健施設 ゆうゆうハウス  
施設長 殿

平成 年 月 日

利用希望者	フリガナ			生 年 月 日	
	氏 名		男 女	明治 大正 昭和	年 月 日 ( 歳)
	住 所	〒		(TEL - - ) (FAX - - )	
介護度	認 定 申 請		要 介 護 状 態 区 分		
	未	認定中	済	自立・要支援・要介護 1・2・3・4・5	
	認定期間		平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日		
扶養者	フリガナ			生 年 月 日	
	氏 名			明治 大正 昭和	年 月 日 ( 歳)
	住 所	〒		(TEL - - ) (FAX - - ) (携 帯 - - )	
	勤務先			(TEL - - )	続 柄
上記以外の連絡先	氏 名			(TEL - - ) (FAX - - ) (携 帯 - - )	続 柄

利用内容	1. 入所      2. 短期入所 (ショートステイ)      3. 通所 (デイケア)
利用理由	..... ..... .....

現在の状況	
1. 自宅療養中   2. 病院・医院に入院中   3. 他の老人保健施設に入所中   4. 社会福祉施設に入所中 5. その他医院に入院中 (病院、医院、施設にて療養中の方は機関名をご記入下さい) 機関名	
利用開始予定日	平成 年 月 日 ~ 月 日 平成 年 月 日 ~ 月 日 平成 年 月 日 ~ 月 日 平成 年 月 日 ~ 月 日

退所後の生活場所 (入所希望者のみ)	1. 自宅   2. 子の世帯   3. 病院   4. 施設   5. その他
--------------------	--

業 務 処 理 欄	
相談員	ID

## 利用申込書

介護老人保健施設 ゆうゆうハウス  
施設長 殿

平成 年 月 日

利用希望者	フリガナ			生 年 月 日	
	氏 名		男 女	明治 大正 昭和	年 月 日 ( 歳)
	住 所	〒		(TEL - - ) (FAX - - )	
介護度	認 定 申 請		要 介 護 状 態 区 分		
	未	認定中	済	自立・要支援・要介護 1・2・3・4・5	
	認定期間		平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日		
扶養者	フリガナ			生 年 月 日	
	氏 名			明治 大正 昭和	年 月 日 ( 歳)
	住 所	〒		(TEL - - ) (FAX - - ) (携 帯 - - )	
	勤務先			(TEL - - )	続 柄
上記以外の連絡先	氏 名			(TEL - - ) (FAX - - ) (携 帯 - - )	続 柄

利用内容	1. 入所	2. 短期入所 (ショートステイ)	3. 通所 (デイケア)
利用理由	..... ..... .....		

現在の状況						
1. 自宅療養中 2. 病院・医院に入院中 3. 他の老人保健施設に入所中 4. 社会福祉施設に入所中 5. その他医院に入院中 (病院、医院、施設にて療養中の方は機関名をご記入下さい) 機関名						
利用開始予定日	平成	年	月	日	~	平成 年 月 日
	平成	年	月	日	~	平成 年 月 日
	平成	年	月	日	~	平成 年 月 日
	平成	年	月	日	~	平成 年 月 日
	平成	年	月	日	~	平成 年 月 日

退所後の生活場所 (入所希望者のみ)	1. 自宅	2. 子の世帯	3. 病院	4. 施設	5. その他
-----------------------	-------	---------	-------	-------	--------

業 務 処 理 欄	
相談員	ID

## 利用申込書

介護老人保健施設 ゆうゆうハウス  
施設長 殿

平成 年 月 日

利用希望者	フリガナ			生 年 月 日	
	氏 名		男 女	明治 大正 昭和	年 月 日 ( 歳)
	住 所	〒		(TEL - - ) (FAX - - )	
介護度	認 定 申 請		要 介 護 状 態 区 分		
	未	認定中	済	自立 ・ 要支援 ・ 要介護 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5	
	認定期間		平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日		
扶養者	フリガナ			生 年 月 日	
	氏 名			明治 大正 昭和	年 月 日 ( 歳)
	住 所	〒		(TEL - - ) (FAX - - ) (携 帯 - - )	
	勤務先			(TEL - - )	続 柄
上記以外の連絡先	氏 名			(TEL - - ) (FAX - - ) (携 帯 - - )	続 柄

利用内容	1. 入所	2. 短期入所 (ショートステイ)	3. 通所 (デイケア)
利用理由	..... ..... .....		

現在の状況						
1. 自宅療養中 2. 病院・医院に入院中 3. 他の老人保健施設に入所中 4. 社会福祉施設に入所中 5. その他医院に入院中 (病院、医院、施設にて療養中の方は機関名をご記入下さい) 機関名						
利用開始予定日	平成	年	月	日	~	月 日
	平成	年	月	日	~	月 日
	平成	年	月	日	~	月 日
	平成	年	月	日	~	月 日
	平成	年	月	日	~	月 日

退所後の生活場所 (入所希望者のみ)	1. 自宅	2. 子の世帯	3. 病院	4. 施設	5. その他
-----------------------	-------	---------	-------	-------	--------