

利用申込書

令和 年 月 日

独立行政法人 地域医療機能推進機構
滋賀病院附属介護老人保健施設

区分	1. 一般入所	2. 短期入所	3. 通所リハ
----	---------	---------	---------

利用申込者	氏名	(フリガナ) _____	男 明 大 昭	年 月 日 生 (歳)
	住所	〒 _____ 都府 道 県 電話 (_____)		
連絡先①	氏名	(フリガナ) _____ (続柄) _____ (_____)	住 所	〒 _____ (同居・別居) 携帯 ☎ (_____) 自宅 ☎ (_____)
	氏名	(フリガナ) _____ (続柄) _____ (_____)	住 所	〒 _____ (同居・別居) 携帯 ☎ (_____) 自宅 ☎ (_____)
(利用の目的・困りごと) _____				
(退所後の予定) 自宅に帰る 住宅施設型サービス 特養 その他 (_____)				
(申し込み施設名等) _____				
居室の希望		現在の状況		
① 1人部屋 ② 2人部屋 ③ 4人部屋		①入院中(病院名 _____)(病名 _____) ②施設入所中(施設名 _____) ③在宅 外来受診 無 ・ 有 (病院名 _____)		
利用希望日の有無 無 ・ 有 (_____)				
現在の要介護区分 要介護 ① ・ ② ・ ③ ・ ④ ・ ⑤ ・ 区変中				
居宅介護支援事業所名 _____			在宅ケアマネージャー氏名 _____	

*1 この申込書は、施設に持参いただくか郵送してください。
*2 入所の可否は追ってお知らせします。

受付年月日 令和 年 月 日