

入所申込書

医療法人啓仁会

介護老人保健施設 所沢ロイヤルの丘 施設長殿

下記の通り貴施設の入所を希望いたします。

平成 年 月 日

利用者	ふりがな		生 年	明治・大正・昭和
	氏 名		月 日	年 月 日
	住 所	〒	性 別	男・女 (歳)
			電 話	() -
申込者	ふりがな		続 柄	
	氏 名		電 話	() -
	住 所	〒	F A X	() -
			携 帯	() -
介 護 保 険	要介護度 (1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5)			
	有効期間 平成 年 月 日			
介護保険負担 限度額認定証	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無			
希望する部屋	<input type="checkbox"/> 特別室 <input type="checkbox"/> 一般室 <input type="checkbox"/> 認知症棟			
現 在	<input type="checkbox"/> 在宅 <input type="checkbox"/> 医療機関入院中 (医療機関名:) <input type="checkbox"/> 施設入所中 (施設名称:)			
かかりつけ医療機関:				
担当ケアマネージャー:				
居宅介護支援事業所:				

※介護保険証・負担割合証のコピーを添付してください。

FAX : 04-2947-0799