

利用申込書

介護老人保健施設 フィオーレ湘南真田

年 月 日

ふりがな		性別	生年月日
ご利用者名	様	男 ・ 女	明治 ・ 大正 ・ 昭和 年 月 日 (歳)
現住所	〒	電話番号	

ご希望のサービスについて

サービス内容 入所 ショートステイ	フロアのご希望 一般棟(2階) ・ 認知症棟(3階)	お部屋のご希望 四人部屋 ・ 三人部屋 ・ 個室
具体的なご希望 何かございましたらお書き下さい		

介護保険被保険者証及び各種手帳

要介護状態区分等	要支援 1 2	要介護 1 2 3 4 5
被保険者番号		認定年月日 年 月 日
有効期間	年 月 日 ~ 年 月 日	
介護保険申請中の方	新規 更新 区分変更 ※いずれかにチェックしてください。	
介護保険負担限度額認定証	無 有 (食費の負担限度額 円)	申請中
介護保険負担割合証	割	障害者手帳 障害種別 等級 級
特定疾患医療受給者証	無 有 (疾患名)	

現在のご状況

在宅	居宅介護支援事業所 ケアマネジャー 様
病院 または 施設名	

ご家族の 連絡先①	ふりがな	年齢	続柄	電話番号	自宅 携帯
	氏名 様				
	住 所 〒				
	日中つながる連絡先				
ご家族の 連絡先②	ふりがな	年齢	続柄	電話番号	自宅 携帯
	氏名 様				
	住 所 〒				
	日中つながる連絡先				

支援相談員