

利用申込書

介護医療院 あきやまの郷
施設長殿

申込日 令和 年 月 日

【ご利用希望者】

ふりがな				生年月日	
氏名	男・女			明治・大正・昭和 年 月 日生 歳	
住所	〒				
要介護度	1・2・3・4・5	認定期間	年 月 日～ 年 月 日		
負担割合	割		負担限度額	第1段階・第2段階・第3段階(1)・第3段階(2)	
保健種別	後期高齢者・国保・社保・生保()			障害者手帳(有・無) 種 級	
現状	入院中・施設入所中・在宅				
病院・施設名				入院・入所日()	
居宅支援事業所				連絡先	
担当CM名				連絡先	

【お申込者】

ふりがな				続柄	ご連絡先 電話番号	
氏名					携帯	
					自宅	
住所						
緊急連絡先②	氏名	男・女			続柄	
	住所					
	電話番号	(携帯)	(自宅)			
緊急連絡先③	氏名	男・女			続柄	
	住所					
	電話番号	(携帯)	(自宅)			

ご利用希望	1. 入所 (個室 ・ 多床室)
	2. ショートステイ
	3. 通所リハビリ
ご利用目的	長期療養・介護負担軽減・リハビリ・在宅復帰・他施設待機 ()
	備考: