

# 介護老人保健施設 リスタあすなろ 利用申請書

対象者 (利用される人)	ふりがな				電話番号	- (      ) -	
	氏名				性別	男 ・ 女	
	ふりがな				生年月日	明治 大正            年    月    日 昭和                    (満            歳)	
	住所	〒 <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> - <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>					
<p style="text-align: center;">平成    年    月    日</p> <p style="text-align: center;">〒 <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> - <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/></p> <p>申請者住所 _____</p> <p>申請者氏名 _____ 印</p> <p>TEL _____ - (      ) - _____</p> <p>携帯 _____ - _____</p>							
利用希望	サービス区分 (※該当区分を○で囲んでください)			入所 ・ 短期入所 ・ 通所			
	開始日及び期間			平成    年    月    日 ~			
家族等の連絡先	氏名	続柄	年齢	職業	連絡先 (電話・携帯電話等)		
要介護状態区分等 (※該当区分を○で囲んでください)				申請中 ・ 支1 ・ 支2 ・ 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5			
介護保険負担限度額 認定証				無 ・ 有			
介護保険負担割合証				1割 ・ 2割			