

医療法人みゆき会

飯山介護老人保健施設みゆき
ショートステイみゆき

利用申込書

令和 年 月 日

氏名	フリガナ	男 女	明 大 昭	年 月 日生 (歳)
住所	〒 _____ 電話 自宅 _____			
緊急連絡先	〒 _____ ① 住所	_____ 続柄		自宅 勤務先 携帯
	〒 _____ ② 住所	_____ 続柄		自宅 勤務先 携帯
1	保健の種類 社会保険 国民健康保険 後期高齢者医療保険 その他 ()			
2	要支援 (1・2・) 介護度 (1・2・3・4・5) 申請中 区分変更中 有効期限 年 月 日 ~ 年 月 日			
3	利用する理由(主なもの)			
4	利用内容(あくまでも希望です) ① 一般入所 (希望) 年 月 日 ~ 年 月 日 まで ② 短期 (希望) 定期的に(/ 月) 必要時 ③ 通所 (希望) 年 月 日 () ~ / W (,) 曜日			
5	現在の状態 ① 自宅 ② 入院中 ③ 施設入所中 () ④ その他 ()			
6	入所希望居室 ① 4人部屋 ② 個室			
7	退所後 ① 自宅 ② その他 () ③ 特養申請			

上記の通り利用申し込みをいたします。

〒 _____ 住所 _____
電話 _____ - _____
氏名 _____ ⑩
_____ 続柄 ()

医療法人みゆき会

理事長代理 堀内 知之 殿