

施設利用受付書

年 月 日

利用者	ふりがな 氏名			
	生年月日	明治・大正・昭和	年 月 日	歳
	住所	〒		
	電話番号	自宅		
	介護度	要支援 1・2 / 要介護 1・2・3・4・5		

申込者	ふりがな 氏名		続柄	年齢 歳
	住所	〒		
	電話番号	自宅 / 携帯		

	連絡順	ふりがな 氏名	続柄	住所	電話/携帯
連絡先	1				
	2				
	3				
	4				
	5				

希望サービス	通所リハビリテーション ・ 短期入所療養介護 ・ 施設入所
施設入所の方のみ 今後の方向性について	1,在宅復帰を希望 2,特養待機の利用希望 (申込先施設名:) 3,その他 ()

介護老人保健施設ひばり苑 (ホームページ掲載版)

※利用に関するお手続きは、支援相談員との面談後に完了するものであり、こちらの書類を記入・送付されたのみでは受付は完了いたしませんのでご注意ください。