

入所申込書（緊急連絡先）

介護老人保健施設 和光の園（入所・ショートステイ）の利用を希望します。

<申し込み理由>

本人希望 家族希望 その他

令和 年 月 日現在

フリガナ 氏名	歳	男・女
生年月日 T・S 年 月 日 (TEL)		
住所 (〒 -)		
被保険者番号	[負担割合] <input type="checkbox"/> 1割 <input type="checkbox"/> 2割 <input type="checkbox"/> 3割	[負担段階] 1・2・3①・3②・4
介護度	有効期間	認定日

家族（緊急連絡先）		
1	フリガナ 氏名	続柄
	住所 (〒 -)	
	自宅TEL	携帯TEL
	勤務先	勤務先TEL
2	フリガナ 氏名	続柄
	住所 (〒 -)	
	自宅TEL	携帯TEL
	勤務先	勤務先TEL
3	フリガナ 氏名	続柄
	住所 (〒 -)	
	自宅TEL	携帯TEL
	勤務先	勤務先TEL

ショートステイ利用希望のみ、ご記入ください。

居宅事業所名	
担当者	
FAX	
TEL	

第1希望	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日 (泊 日)		
第2希望	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日 (泊 日)		
入所希望時間	退所希望時間		
部屋の希望	多床室・個室	キャンセル待ちの希望	有・無
送迎希望	有・無	[備考]	