

# 介護老人保健施設LA・LA・LA 利用申請書

医療法人 中野会

介護老人保健施設 LA・LA・LA 施設長 殿

申込日 平成 年 月 日

## ● 利用希望者

ふりがな 氏名	男 女	生年 月日	明治・大正・昭和 年 月 日 ( 歳)
住所	〒 -		
電話番号	( ) -		
介護 保険 状況	要介護度	要介護	
	居宅介護支援事業所	事業所 :	担当ケアマネジャー : 様
	負担限度額認定証	認定証 : あり (負担段階 : ) ・ なし	
希望サービス (複数回答可)	施設入所 ・ 短期入所療養介護(ショートステイ) ・ 通所リハビリテーション(デイケア)		

※ 介護保険状況の欄は、わからない項目に関しては空欄で結構です。

## ● 申請代理者 (御家族等)

ふりがな 氏名		入所希望者との続柄	
住所	〒 -		
連絡先	( ) -		

サービス利用待機中に、要介護度、連絡先等の変更があった場合、または利用希望者がご逝去、他施設に入所等により、介護状況に変更があった場合は、当施設へ連絡をお願い致します。

受取者印

--