

申込年月日： 年 月 日

利用申込書

看護小規模多機能ホーム セレーノ

申込者連絡先	氏名：	続柄
	〒	
	住所：	
	電話：	
携帯：		

ご利用者 氏名	(フリガナ)	性別	生年月日
		男・女	大・昭 年 月 日 (歳)
住 所	〒	連絡先①	
		連絡先②	
介護保険	介護区分	要介護 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5	
	被保険者番号	有効期間	令和 年 月 日～ 令和 年 月 日
医療保険	<input type="checkbox"/> 後期高齢 <input type="checkbox"/> 国保・社保（本人・家族） <input type="checkbox"/> その他（ ）		
手帳等	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 身障手帳 級 <input type="checkbox"/> 精神手帳 級 <input type="checkbox"/> 療育手帳 級		

【緊急連絡先】

氏 名	続 柄	住 所	連 絡 先

【かかりつけ医】

氏 名	主 治 医	病 名	特 記 事 項

【居宅介護支援事業所】

事業所名		TEL：
介護支援専門員		FAX：

体験利用中の事故等については、すべて私（保証人）が責任を負います。

社会福祉法人 南の風
看護小規模多機能ホーム セレーノ