

利 用 申 込 書

年 月 日

西予市野村介護老人保健施設つくし苑施設長

区 分	1. 一般入所 2. 短期入所 3. 通所リハビリテーション (デイ・ケア)
--------	---

利用者	氏名	フリガナ	男・女	(歳)		
	住所	〒	Tel	自宅	-	-
				自宅以外	-	-
	保険種別	国保・社保・共済・その他 () ・介護保険者証		介護保険負担減額認定証		有・無
	障害者手帳	有・無 () 種 () 級 障害名 ()				
	介護 被保険者証	要介護度 ()				
現在の状況	(1)入院中 (病医院名:) (病名:) (2)施設入所中 (施設名:) (3)在宅 外来受診 有・無 (病医院名:)					

連絡先	緊急時①	氏名	フリガナ	続柄		
		住所	〒	Tel	自宅	-
				自宅以外	-	-
	緊急時②	氏名	フリガナ	続柄		
		住所	〒	Tel	自宅	-
				自宅以外	-	-
緊急時③	氏名	フリガナ	続柄			
	住所	〒	Tel	自宅	-	-
			自宅以外	-	-	

◎ 退所後の予定	1 自宅での生活	◎ 家族状況 (主たる介護者に○印)				
	2 家族宅への転居		氏名	続柄	年齢	職業
	3 他の施設への利用 (申請手続き: 未・済)	同居・別居				
	4 その他 ()	同居・別居				
		同居・別居				
		同居・別居				

◎自宅の目印になるもの

※1 この申込書は、施設宛に郵送頂くか直接お届け下さい。
 ※2 利用の可否は追ってお知らせします。
 利用の決まった方には詳しい「ご案内」を差し上げますので、それにそってお手続きをお願いします。

施設利用保証書

次のことを連帯保証人と連署のうえ誓約します。

1. 施設の諸規則及び診療上の指示を守ります。
2. 本人の身上に関することは、すべて引受けます。
3. 施設利用料金は期日までに支払い、万一滞納した場合は身元引受人及び連帯保証人が限度額(上限額)の範囲で債務を履行いたします。

本人	現住所			
	氏名	Ⓜ		
	生年月日	明治・大正・昭和	年	月
		日生	歳	
身元引受人	現住所			
	氏名	Ⓜ	続柄	
	電話番号			
	限度額	500,000円(上限額)		
連帯保証人	現住所			
	氏名	Ⓜ	続柄	
	電話番号			
	限度額	500,000円(上限額)		
西予市野村介護老人保健施設つくし苑 殿				
年 月 日				

記載上の注意

氏名は必ず戸籍のとおりご記入ください。

身元引受人は成年者で、本人住所地区内または西予市に居住の独立の生計を営む方であること。

連帯保証人は原則として身元引受人に準ずる方であること。

西予市野村介護老人保健施設 つくし苑