介護老人保健施設　セントラルゆうあい＆ふれあい　ご利用申込書

利用者名	お名前： 〒 現住所：	明・大・昭　　年　　月　　日生 TEL　　－　　－
申込者名	お名前： 〒 現住所：	関係　（　　） TEL　　－　　－

ご利用種類	・通所リハビリ（デイケア）　・短期入所療養介護（ショート）　・入所
ご利用目的 （複数回答可）	・リハビリ　・介護者の都合　・認知症コントロール ・緊急避難　・その他（　　）
希望部屋	・１人部屋（個室）　・４人部屋（多床室）
収入金額	・年金（　　万/月）　・その他（　　万/月）　負担限度額認定証（　有　・　無　）
介護保険証	有　・　無　・　申請中　身体障害者手帳　（　有　・　無　）
	介護度　要支援（　１　・　２　）
	介護度　要介護（　１　・　２　・　３　・　４　・　５　）

歯ブラシの購入 （入所希望の方記入）	・ご家族準備	・施設準備（1本約140円） （定期的に交換、利用料とご一緒に請求します）
スポンジブラシの購入 （入所希望の方記入）	・ご家族準備	・施設準備（1本32円/日） （利用料とご一緒に請求します）

※ご利用に際し心配事、事前に知らせたい事があれば、御記入下さい。

受付日 （施設記入）	年　　月　　日	受付者