

ホスピア玉川 ご利用お申し込み書
 ホスピア喜多見

年 月 日

ご利用サービス：(入所 ・ 短期 ・ 通所)

ふりがな					生年月日	
ご利用者ご氏名	様 男・女				年 月 日 歳	
住 所	〒				電話 ()	
医療保険の種類	国民健康保険 ・ 社会保険 ・ その他()			老人医療受給者証	有 ・ 無	
身体障害者手帳	有() ・ 無			介護保険 負担限度額認定証	有() ・ 無	
介護保険負担割合証	1割 ・ 2割 ・ 3割			その他		
生活保護)福祉事務所 ・ 担当者() ・ 電話()					
ご家族の状況 *別居されている方も ご記入下さい *主介護者ご氏名に ○をつけて下さい。	緊急連絡 順位 ()	ご氏名		住 所	〒	
		ご続柄		電 話		
	順位 ()	ご氏名		住 所	〒	
		ご続柄		電 話		
順位 ()	ご氏名		住 所	〒		
	ご続柄		電 話			
ご家族様以外 緊急連絡先	順位 ()	ご氏名		住 所	〒	
		ご関係		電 話		
ご結婚歴	既 婚 (配偶者の状況 : 健康 ・ 虚弱 ・ 病臥 ・ ご逝去) ・ 離 婚 ・ 未 婚					
お子様の人数	有 (名 内ご逝去 名) ・ 無					
現在の状況	① ご自宅 * 一人暮らし * ご夫婦のみ * お子様と同居 ② 医療機関ご入院中 (病院) ③ 介護老人保健施設ご利用中 () ④ その他 ()					
経済の状況	① 年金受給 ② その他 ()					
主治医	医療機関名					
	住 所			電 話 番 号		
介護支援事業所	担当事業所名			担当者 様		
	住 所 〒					
	電 話			F A X		
利用申込者	氏 名 Ⓜ			ご利用者とのご関係		
	住 所			電 話 番 号		