

通所リハビリテーション 申 込 書

令和 年 月 日

メディコ阿久比 施設長 殿

介護老人保健施設 メディコ阿久比を利用したく申込みます。

通所希望者	フリガナ 氏 名		性 別	男 ・ 女
	生年月日	明・大・昭 年 月 日生	満 歳	
	住 所	〒		
	電話番号			
申 込 者 身元引受人	フリガナ 氏 名		続 柄	
	住 所	〒		
	電話番号	(自宅)	(携帯電話)	

★連絡先（昼夜必ず連絡がとれるようご記入ください）

	氏 名	続 柄	年 齢	電 話 番 号	住所（略）
1				(自宅) (携帯電話)	
2				(自宅) (携帯電話)	
3				(自宅) (携帯電話)	

入所希望者が現在おられる場所	自宅・病院、施設（病院、施設名）
介 護 保 険	申請中 ・ 要介護 1 2 3 4 5
かかりつけ医療機関	病院名
担当ケアマネージャー	
本 人 収 入（年金など）	金額 円／月