

# アルテ石屋川 利用申込書

申込受付日 年 月 日

ふりがな		性別		M T S	
利用者氏名	男・女	生年月日	年 月 日 ( 歳)		
利用者住所	〒 _____ 電話 ( )				
ふりがな		申込者住所	〒 _____		
申込者氏名	続柄 ( )		電話・携帯等 ( )		
希望サービス	住宅型有料老人ホーム	今すぐ入居希望	・	年 月 日	から入居希望・未定
	介護付有料老人ホーム	今すぐ入居希望	・	年 月 日	から入居希望・未定
	グループホーム	今すぐ入居希望	・	年 月 日	から入居希望・未定
	通所介護	希望曜日		曜日 (希望曜日を全て記入)	・何曜日でも可・ AM ・ PM
利用希望の理由及び目的					
	主な疾患名 及び病状				
要介護区分	申請中・自立・要支援1・2 要介護 1 2 3 4 5			認定の有効期間	年 月 日 ~ 年 月 日
居宅介護支援事業所	事業所名				担当ケアマネジャー名
	TEL	( )			
主治医連絡先	医院名				担当医師名
	TEL	( )			
現在の状況	自宅(同居者 有・無) 入院中(入院先 _____ ) 施設入所中(施設名 _____ ) その他( _____ )				
同居者の状況	氏名	続柄	年齢	連絡先(勤め先・携帯電話等)	
現在ご利用のサービス					
住宅情報	一戸建て・マンション・ハイツ エレベーター ( 有り・無し ) 玄関までに段差・階段 ( 有り・無し ) トイレ ( 和式・洋式・ポータブル ) その他		車いす ( 有り・無し ) 歩行補助用具 ( 杖・三点杖・四点杖・歩行器・シルバーカー )		

医療法人社団甲有会 アルテ石屋川  
 〒658-0044 神戸市東灘区御影塚町1-10-13  
 施設代表電話TEL 078-811-6811