

介護老人保健施設 オアシス 利 用 申 込 書

年 月 日

オアシス施設長 殿

介護老人保健施設オアシスを利用いたしたく、次のとおり申し込みます。

ご家族様(連帯保証人)氏名

フリガナ

続柄

ご家族様(連帯保証人)住所

〒

ご家族様(連帯保証人)電話番号

()

メールアドレス

| | | | | | | | | | | | | | |
|-----|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|--|--|
| 記入例 | o | a | s | i | s | @ | n | e | . | i | o | | |
|-----|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|--|--|

| | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |

注) 連帯保証人になっていただく方のメールアドレスを記入してください。
 入所していただいた後、メール送信にて情報提供をさせていただくので、必ずご記入下さい。

| | |
|----------------------------|---|
| 入 所 す る 目 的 | <div style="border-bottom: 1px solid black; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; margin-bottom: 5px;"></div> |
| 希望サービス | 一般棟入所 認知症専門棟入所 短期入所(一般・認知症) |
| 希望療養室 | 個室 2人部屋 4人部屋 |

利用希望者氏名

フリガナ

利用希望者住所

〒

利用希望者電話番号

()

利用希望者生年月日

明治 大正 昭和

年

月

日

歳

| | | |
|---------|--------------|---------------|
| 健康保険 | 無 有 : 種別 () | |
| 障害手帳 | 無 有 | |
| 生活保護受給 | 無 有 | |
| 受給年金 | 無 有 : 種別 () | |
| 介護保険 | 被保険者番号 | |
| | 要介護度 | |
| | 認定期間 | 年 月 日 ~ 年 月 日 |
| 現在の生活場所 | 自宅 医療機関 介護施設 | |
| | 名称 | |
| | 期間 | 年 月 日 ~ |