

# 入 所 申 込 書

令和 年 月 日

社会福祉法人 光寿会  
介護老人保健施設  
ケアステーションひかり 様

私は、介護老人保健施設 ケアステーションひかりへの入所を希望致します。

対 象 者	フリガナ 氏 名	_____	男 ・ 女	明治・大正・昭和 年 月 日生 歳	
	住 所			電 話 ( )	
	認定状況	要介護1 ・ 要介護2 ・ 要介護3 ・ 要介護4 ・ 要介護5			
	現在の待機場所	<input type="checkbox"/> 医療機関 (病院名 ) <input type="checkbox"/> 在 宅 <input type="checkbox"/> その他 ( )			
	居宅介護 支援事業所	居宅介護支援事業所名 ( ) 担当ケアマネジャー名 ( )			
	他施設申込状況	<input type="checkbox"/> 申し込んでいる (申込み時期: 年 月) 種 類 (特別養護老人ホーム・介護老人保健施設・グループホーム・その他) 施設名 ( ) <input type="checkbox"/> 申し込んでいない (申込み予定・申し込む予定はない)			
	居室希望	<input type="checkbox"/> 個室 <input type="checkbox"/> 2人部屋 <input type="checkbox"/> 4人部屋			
申 込 代 筆 者	フリガナ 氏 名	_____	続柄 ( )	明治・大正・昭和・平成 年 月 日生 歳	
	住 所			電 話	
	勤務先			携 帯	

備考

※ お申し込みの際は、介護保険証の写し（コピー）を添付願います。

受付相談員

郵送にてお送り頂く際、下記を切り取り宛名に貼ってお使いいただけます。

089-2104

広尾郡大樹町字大樹十番地八

ケアステーションひかり  
支援相談員

行