

老人保健施設ビバ・フローラ ご利用相談申込書

※太線内にご記入ください

申し込み日		年	月	日	面談日		年	月	日	:	～	
ご利用者	ふりがな				生年月日	M・T・S	年	月	日			
	氏名				性別	男・女	年齢			歳		
		電話番号	()			-						
	住所	〒 -										
	健康保険	国保	社保	生保	後高(割)	年金	国民	厚生	共済	遺族	恩給	
現在の居場所	自宅 病院 施設 その他()					同居者	有・無					
主介護者	氏名				続柄				年齢	歳		
	住所	〒										
	電話番号	自宅:() -				携帯:() -						
ご相談者	氏名				続柄				年齢	歳		
	住所	〒										
	電話番号	自宅:() -				携帯:() -						
緊急連絡先	氏名: 続柄: 電話番号:() -											

※ご利用に関してご回答ください

利用種別	通所 (送迎希望 有/無) 短期入所 (14日以内) 長期入所 (1~3ヶ月以内)
利用目的	リハビリ 介護者休養 介護困難 その他 ()
居室希望	4人部屋 2人部屋 個室 希望なし

※介護保険 (介護認定・要支援認定等結果) ※介護保険負担割合証

※介護保険負担限度額認定証

介護度	期間
	～
	～
	～

割合	期間
	～
	～
	～

段階	期間
	～
	～
	～

※支援事業者

支援事業者			
電話番号	() -	担当者	

