

承認									担当者

## ひばり苑サービス利用申込書

(太枠線内をご記入下さい)

※↓希望するサービスに○	
特別養護老人ホーム(六川目・南山)・短期入所・グループホーム 有料老人ホーム(堀口・松園)・デイサービス(一般・ホスピス・リハビリ・サテライト) ホームヘルプサービス・訪問看護ステーション	

受付番号		受付年月日	令和	年	月	日
受付部門		受付職員	印			
受付方法	来苑	訪問	電話	その他( )		

ふりがな			生年月日	明治	・	大正	・	昭和	
利用希望者名				年	月	日生	歳		
住 所	〒	-	電話番号						
*緊急時連絡先	連絡先1	氏名	(続柄)	(電話番号)					
	連絡先2	氏名	(続柄)	(電話番号)					
介 護 保 険 情 報									
保険者(自治体)		要介護度	要支援 1・2	要介護 1・2・3・4・5	未判定・自立				
被保険者番号		認定年月日	令和	年	月	日			
認定の有効期間	令和	年	月	日	～	令和	年	月	日
ひばり苑のサービス利用を申し込みます。									
令和 年 月 日									
申込者住所 _____									
_____									
申込者氏名 _____ 印									
(サービス利用者との続柄: )									

事務処理欄(特別養護老人ホーム・グループホーム・有料老人ホームのみ使用)								
入所決定通知発送年月日	入所非決定通知発送年月日	待機者決定通知発送年月日						
社常発伸第 号	社常発伸第 号	社常発伸第 号						
令和 年 月 日	令和 年 月 日	令和 年 月 日						
(令和 年 月 日)	(令和 年 月 日)	(令和 年 月 日)						
特 記 事 項								