施　設　利　用　申　込　書

老人保健施設宇都宮アルトピア　宛

老人保健施設宇都宮アルトピアの介護サービスの利用を申し込みます。

ご希望される介護サービス（該当する□にチェックしてください）

□入所
□短期入所療養介護（ショートステイ）
□通所リハビリテーション（デイケア）

申し込み年月日　平成　　年　　月　　日

施設利用申込者　ご氏名　　様

利用者	氏名	ふりがな 様　（男・女）	大正・昭和　年　月　日生 （　　歳）
	住所	〒　　－ 申込者と同一住所であれば記載は不要です	電話　　－　　－
連絡先①	氏名	様 （続柄　　）	電話 （自宅）（　　）－　　－ （携帯）（　　）－　　－
	住所	〒　　－ 申込者と同一住所であれば記載は不要です	
連絡先②	氏名	様 （続柄　　）	電話 （自宅）（　　）－　　－ （携帯）（　　）－　　－
	住所	〒　　－ 申込者と同一住所であれば記載は不要です	
心身の状況	主な病気（障害） 認知症　□なし　□あり（□軽度　□重度）		かかりつけの医療機関名 （　　） 担当医（　　様）
	要介護認定 □申請中　□要支援（□1　□2） □要介護（□1　□2　□3　□4　□5）		ケアマネージャー事業所名 （　　） 担当者（　　様）

施設利用の主な理由	□病院から継続的なリハビリを勧められている □家では充分な介護力がない □施設入所中であるが退所を求められている □その他（　　）
現在の生活場所	□自宅　□病院　□施設　□（その他　　）

代筆者氏名　ご氏名　　（続柄　　）

不明の箇所は空白でもかまいません。□にはチェック（☑）をお願いします

老人保健施設　宇都宮アルトピア　電話（０２８）６５６－７７１７　ファクシミリ（０２８）６５６－３５６６
所在地　〒３２１－０９１２　宇都宮市石井町３３８５

この申込書は、申し込みに関する事項を確認するためであり、入所等を約束されたことではありません