利　用　申　込　書

公益財団法人愛世会
介護老人保健施設シルバーピア加賀　施設長

令和　　年　　月　　日

利用者	フリガナ 氏名	男 女			
	生年月日	□明治　□大正　□昭和　　年　　月　　日　　歳			
	住所	〒			
	電話				
利用資格	要支援　　要介護　Ⅰ　Ⅱ　Ⅲ　Ⅳ　Ⅴ 有効期間平成・令和　　年　　月　　日～平成・令和　　年　　月　　日				
施設利用の主な目的	□リハビリ希望　□施設待機　□心身状態　□住宅環境 □介護者理由　□その他				
利用形態	□入所　□短期入所　　月　　日～　　月　　日　□デイケア				
部屋の希望	個室：A、B、C　　2人部屋：A、B　　4人部屋				
退所予定先	□在宅　□他の家族と同居　□特別養護老人ホーム：申請済・未申請 □介護老人保健施設　□その他（　　）				
連絡先①（昼・夜）	氏名	続柄			
	住所	〒			
	電話		携帯電話		
	E-mail				
	勤務先名		電話		
連絡先②（昼・夜）	氏名	続柄			
	住所	〒			
	電話		携帯電話		
	E-mail				
	勤務先名		電話		
利用料請求先	氏名	続柄			
	住所		電話		

上記のとおり、貴施設の利用を申し込みます。

申込者　氏　名　　続柄　　印
住　所
電　話