

# 利用申込書

オレンジ西宮 施設長殿

平成 年 月 日

ふりがな 利用者氏名	様		男・女	生年月日		
				昭・平	年 月 日	
現住所	〒					
ふりがな 申込者氏名	様		印	電話番号		
現住所	〒		電話番号			
家族構成	氏 名	年 齢	続 柄	連絡先		
障害者手帳	級	認定日	年 月 日	健康保険	社 保	国 保
療育手帳	有・無	認定日	年 月 日		生 保	その他 ( )
利用種別	<input type="checkbox"/> 入 所	入所のご希望時期				
	<input type="checkbox"/> 短 期	ご希望期間 月 日 ~ 月 日 / 利用日数 日間				
	<input type="checkbox"/> 通 所	ご希望の回数 週 回 / ご希望曜日				
現在の状況	<input type="checkbox"/> 在宅療養中	主な介護者		続柄 ( )		
		かかりつけ医		受診の頻度	週・月	
		居宅介護支援事業者				
		現在利用中のサービス				
	<input type="checkbox"/> 医療機関入院中	<input type="checkbox"/> 病院		<input type="checkbox"/> 身体障害者厚生援護施設		<input type="checkbox"/> 老人施設
		医療機関名				
		入院日				
<input type="checkbox"/> 施設入所中	<input type="checkbox"/> 療護施設		<input type="checkbox"/> 更生施設 <input type="checkbox"/> 授産施設 <input type="checkbox"/> 救護施設			
	<input type="checkbox"/> その他					
	施 設 名					
	入所日	平成 年 月 日				
保証人氏名	印		続柄 ( )	連絡先①		
住所	〒			連絡先②		

社会福祉法人 恵愛園  
障害者支援施設 オレンジ西宮

\* 施設記入欄

受付日	年 月 日
受付者	