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		

2026Ver.