

年 月 日

様

介護老人保健施設
エスポワール練馬

拝啓、時下益々ご健勝のこととお慶び申し上げます。
この度は当施設へのご利用申込を頂きまして、誠にありがとうございます。
ご利用にあたり判定がございますので、下記の書類が必要となります。
お手数ですが、ご用意頂きますようお願い申し上げます。

敬 具

記

- ① 利用者申込書
- ② ADL状況調査票
- ③ 家族構成等記入票
- ④ 健康診断書
- ⑤ 診療情報提供書（病院の書式）
- ⑥ 介護保険証
- ⑦ 健康保険証（後期高齢者医療被保険者証）
- ⑧ 介護保険負担割合証
- ⑨ 負担額減額認定証（該当者のみ）

- ※ ①・③ ご家族がご記入ください。
- ※ ② 入院中の方は病院に記入依頼してください。
在宅生活中の方は担当ケアマネージャーに記入依頼してください。
- ※ ④・⑤ かかりつけ医に記入依頼してください。
入院中の方は担当医に記入依頼してください。
- ※ ⑥・⑦・⑧・⑨ コピーで結構です。

以 上

お問い合わせ先

医療法人社団 純正会
介護老人保健施設 エスポワール練馬
〒177-0052

東京都練馬区関町東 1-1-9

TEL 03-5903-5267

FAX 03-5903-5266

相談員：古川智一・鈴木信夫