

訪問看護申込書

訪問看護ステーション

あきる台ケアサービス 栗原 枝利子 殿

申込者氏名 _____ 印

利用者との続柄 _____

指定訪問看護ステーション あきる台ケアサービスの訪問看護を利用したいので、下記の通り申し込みます。

利用者氏名 _____ (男・女)

生年月日 [M・T・S・H] _____ 年 _____ 月 _____ 日 (_____ 才)

住 所 〒 _____

電 話 _____

ご家族様連絡先

氏名	続柄	電話番号	住所(利用者様と異なる場合のみ)	備考

請求書・領収書配布先

自宅 ・ 自宅以外

氏名 :

住所 (上記に記載がある場合記入不要) : 〒 _____ - _____

連絡先 (上記に記載がある場合記入不要) :

- かかりつけ医療機関 _____ 主治医 _____
住所 _____ 電話 _____
受療状態： 通院 (_____ 回/月) 訪問診療 (_____ 回/月)

- 主たる適用保険 医療保険 介護保険
- 緊急時連絡システムの利用
 緊急時訪問看護 (介護保険) 24時間対応体制 (医療保険)

- 利用料の集金方法
毎月 15 日頃に前月分の請求書をお渡しするので、同月 28 日にご指定して頂いた金融機関より引き落としさせていただきます。