

## 小規模多機能型居宅介護しきじ苑 利用申込書

申し込み受付日： 年 月 日

受付担当者：

ふりがな		性別		M			
利用者氏名		男・女	生年月日	T	年	月	日(歳)
利用者住所	〒 - 電話 ( )						
	吉野川市						
ふりがな		連絡先	自宅:	( )			
申込者氏名			携帯:	( )			
申込者住所	〒 -						
介護保険	<input type="checkbox"/> 申請中(新規・更新) <input type="checkbox"/> 要支援(1・2) <input type="checkbox"/> 要介護(1・2・3・4・5) 認定有効期間: 年 月 日～ 年 月 日まで						
現在利用中のサービス	<input type="checkbox"/> 通所介護(事業所名: )週・月 回						
	<input type="checkbox"/> 訪問介護(事業所名: )週・月 回						
	<input type="checkbox"/> 短期入所(事業所名: )週・月 回						
	<input type="checkbox"/> 福祉用具レンタル(用品名: )						
居宅介護支援事業所	<input type="checkbox"/> (事業所名: )週・月 回 事業所名:( ) 担当ケアマネジャー:( ) 電話番号: ( ) <input type="checkbox"/> 居宅介護支援届出なし						
かかりつけ医	医療機関名:( ) 担当医師名:( ) 電話番号: ( )						
現在の住居	<input type="checkbox"/> 自宅(同居者:有・無) <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 入院中(医療機関名:( )) <input type="checkbox"/> 施設入所中(施設名:( ))						
利用目的及び理由							
サービス開始希望日	<input type="checkbox"/> できる限り早く利用したい <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日から利用希望 <input type="checkbox"/> 未定						
その他伝達事項等があればご記入下さい。							

私は上記のとおり現在の私の情報を付して、貴事業所に登録の申し込みを行います。

平成 年 月 日

本人自署:

代筆者:

続柄:

(注) 介護認定を受けられている方は、介護保険被保険者証を添付して下さい。

(注) この申込(届出)書は、個人情報として大切に取扱いと共に、最小限の範囲内で使用致します。