

利用申込書

記入日	令和	年	月	日	希望するサービス	入所 ・ ショートステイ ・ 通所
利用者	フリガナ		要介護認定 未申請		M・T・S	
	氏名		要支援 1・2		年 月 日生 歳	
	〒		要介護 1・2・3・4・5		男・女	
住所					TEL	
申込者	氏名			歳	利用者との続柄	
	自宅	〒			TEL	
					携帯	
勤務先	〒			TEL (内線)		
連絡先	氏名			歳	利用者との続柄	
	自宅	〒			TEL	
					携帯	
	氏名			歳	利用者との続柄	
自宅	〒			TEL		
				携帯		
現在の生活状況	1) 自宅で生活している <input type="checkbox"/> 一人で生活 <input type="checkbox"/> 家族と同居 同居している家族 人					
	2) 施設・病院に入っている 施設・病院名 TEL () 主疾患 年 月 日～					
かかりつけ医		名称			TEL	
主な介護者の方		氏名			歳	続柄
利用の目的 (該当するものに○を付けてください) ・ 在宅復帰のためのリハビリテーション ・ 家庭介護困難 ・ 介護者休養 ・ 介護者不在 ・ その他()				退所後の予定(入所希望の場合) (該当するものに○を付けてください) ・ 自宅で一人で生活 ・ 自宅で家族と同居 ・ 他の施設に入る ・ その他		