

特別養護老人ホームたかとり 利用申込書

申込日 平成 年 月 日

希望サービス	<input type="checkbox"/> 短期入所生活介護(ショートステイ) <input type="checkbox"/> 通所介護(デイサービス)
利用時期	<input type="checkbox"/> すぐに利用したい <input type="checkbox"/> 年 月頃から利用希望 <input type="checkbox"/> その他
現在のお困りごと	

【利用者情報】

利用者情報	フリガナ	性別	現在の居所 <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> その他()	
	氏名	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 昭和	
		様	<input type="checkbox"/> 大正	年 月 日 (満 歳)
	現住所 〒 —	職歴:		
		趣味:		
	電話 ()	生きがい:		
	要介護 <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 変更中	認定の有効期間		
	認定 <input type="checkbox"/> 要支援() <input type="checkbox"/> 要介護()	H 年 月 ~ H 年 月		
	介護保険負担限度額認定証 <input type="checkbox"/> あり (<input type="checkbox"/> 1段階 <input type="checkbox"/> 2段階 <input type="checkbox"/> 3段階)	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明		
	現在の利用中のサービス	担当ケアマネージャー 事業所名() 氏名(様)		

<input type="checkbox"/> 通所サービス ()	回 / 週		
<input type="checkbox"/> 訪問介護 ()	回 / 週		
<input type="checkbox"/> 訪問看護 ()	回 / 週		
<input type="checkbox"/> ショートステイ ()	日 / 月		受付
<input type="checkbox"/> 福祉用具 ()	品 / 月		
<input type="checkbox"/> その他 ()	回 / 週		
<input type="checkbox"/> サービス利用なし			/

【連帯保証人】

保証人	氏名	様	続柄	
	住所 〒		電話番号	自宅: 携帯:

緊急時連絡先	①	氏名 <input type="checkbox"/> 申込者に同じ	続柄	緊急時連絡先
	住所		同・別	自宅: 携帯:
	②	<input type="checkbox"/> 申込者に同じ		自宅: 携帯:
	住所		同・別	自宅: 携帯:
	③	<input type="checkbox"/> 申込者に同じ		自宅: 携帯:
	住所		同・別	自宅: 携帯:

*裏面もご記入ください

