

特別養護老人ホームたかとり 利用申込書

申込日 令和 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"/> 昭和	<input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 昭和	
	様	<input type="checkbox"/> 女 <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	H 年 月 ~ H 年 月	
	認定 <input type="checkbox"/> 要支援() <input type="checkbox"/> 要介護()	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		続柄	
	住所 〒		電話番号	自宅: 携帯:
緊急時連絡先		氏名	続柄	緊急時連絡先
	①	<input type="checkbox"/> 申込者に同じ		自宅: 携帯:
	住所		同・別	
	②	<input type="checkbox"/> 申込者に同じ		自宅: 携帯:
	住所		同・別	
	③	<input type="checkbox"/> 申込者に同じ		自宅: 携帯:
住所		同・別		

* 裏面もご記入ください

