

管理者	受付者

社会福祉法人 心愛会 地域密着型サービス事業所

ハーモニー松長(小規模多機能型居宅介護) 利用申込書

申 込 日	年 月 日	受 付 日	年 月 日
住 所	〒		
電 話	()	携帯電話	()
申込者氏名	Ⓜ	続 柄	
入所対象者本人の同意の有無		有	無

※原則として入所申込者は本人及び家族又は代理人となります。

※今後の連絡先とさせていただきます。

貴施設を利用したいので、次のとおり申し込みます。

入所対象者の状況	フリガナ		性 別	男 女
	氏 名		生年月日	M T S 年 月 日
	介護保険被保険者番号		保 険 者	
	要介護度		保険者番号	
	要介護認定期間	年 月 日から 年 月 日まで	現住所	〒
	連 絡 先	電話 () / 携帯電話 ()		
現 況	<input type="checkbox"/> 単身世帯 <input type="checkbox"/> 高齢者世帯 <input type="checkbox"/> 家族と同居 () <input type="checkbox"/> 介護保険施設や病院等に入所(院)中 <input checked="" type="checkbox"/> 施設(病院)名称 () <input checked="" type="checkbox"/> 入所(院)の時期 (年 月 日から) <input type="checkbox"/> 居宅介護サービス利用中 <input checked="" type="checkbox"/> 居宅介護支援事業所 () <input checked="" type="checkbox"/> 担当ケアマネージャー ()			
主たる介護者	フリガナ		性 別	男 女
	氏 名		生年月日	M T S 年 月 日
	本人との関係		同居の別	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居
	現 住 所	〒		
	連 絡 先	電話 () / 携帯電話 ()		
	介護者の意見 (介護の困難事由)			
身元引受人	フリガナ		性 別	男 女
	氏 名		生年月日	M T S 年 月 日
	連絡先(電話)		同居の別	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居
	現 住 所	〒		
申込状況	<input type="checkbox"/> 入居施設に申し込んでいる、今後申し込む予定 <input checked="" type="checkbox"/> 施設名 : <input type="checkbox"/> 施設名 : <input checked="" type="checkbox"/> 施設名 : <input type="checkbox"/> 施設名 :			
同意欄	<p>以上は、地域密着型サービス事業所 ハーモニー松長(小規模多機能型居宅介護)の利用に関する説明を書面により受け、同意の上、申込みを行ったものです。</p> <p>また、サービスの利用登録にあたり検討資料作成のため市町村や介護支援専門員・医療機関・介護保険施設等による調査の受入や、居宅介護支援事業者等介護保険事業者からサービス利用票等の写しを徴することに同意します。</p> <p style="text-align: center;">本人 Ⓜ</p> <p style="text-align: center;">家族(又は代理人) Ⓜ</p>			

※申込の際には、介護保険被保険者証(写)、後期高齢者医療被保険者証(写)を添付してください。

※在宅サービスをご利用中の方は、サービス提供表と別表も添付してください。

