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

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者となります。
※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	ＭＴＳ　年　月　日
			保 険 者	
	介護保険被保険者番号		保険者番号	
	要 介 護 度		現住所	〒
	要介護認定期間	年　月　日から 年　月　日まで		
	連　絡　先	電話　(　　)　／ 携帯電話　(　　)		
	現　　況	□ 単身世帯　□ 高齢者世帯　□ 家族と同居（　　） □ 介護保険施設や病院等に入所（院）中 ◇ 施設（病院）名称（　　） ◇ 入所（院）の時期（　　年　月　日から） □ 居宅介護サービス利用中 ◇ 居宅介護支援事業所（　　） ◇ 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	ＭＴＳ　年　月　日
			同居の別	□ 同居　□ 別居
	本人との関係		家族構成	
	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	ＭＴＳ　年　月　日
			同居の別	□ 同居　□ 別居
	連絡先（電話）		本人との関係	
	現　住　所	〒		
申込希望	□ 当法人の施設を希望 (　)ハーモニー中田　　(　)ハーモニー日和田 (　)ハーモニー並木 (　)ハーモニーみどりヶ丘ソレイユ　　※()内に希望の順位を記入			
同意欄	以上は、社会福祉法人心愛会地域密着型サービス事業所　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。 また、入所検討委員会における検討資料作成のため介護支援専門員等による調査の受入や、保険者・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。 本　人　　㊞ 家族(又は代理者)　　㊞			

※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。