

小規模多機能型居宅介護ひばり 利用申込書

申込日：令和 年 月 日

◇本人の状況

入居希望する者 (本人)	(ふりがな)	要介護度	要支援 2・要介護 1・2・3・4・5				
			保険者番号				
生年月日	大正 年 月 日 (歳) 昭和	有効期間	～				
住所 電話	〒 TEL () -						
現在の生活場所	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 施設 (名称：) <input type="checkbox"/> 病院 (名称：) <input type="checkbox"/> その他 ()						
自宅の場合	利用中の介護サービス						
該当するすべてに チェック✓を 入れてください。	<input type="checkbox"/> 訪問介護 <input type="checkbox"/> 訪問入浴 <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 訪問リハビリ <input type="checkbox"/> ショートステイ <input type="checkbox"/> 通所介護 (デイサービス) <input type="checkbox"/> 通所リハビリ (デイケア) <input type="checkbox"/> 福祉用具 (杖・手すり・車いす・ベッド・スロープ・その他) <input type="checkbox"/> その他 ()						
希望するサービス							
ケアマネジャー	事業所名		担当者				
かかりつけ医	病院		先生	受診頻度			

◇申込者

申込申請者 氏名		続柄	固定電話：	
			携帯電話：	
住所				
主たる介護者 氏名		続柄	固定電話：	
			携帯電話：	
住所				

※今後のご連絡の際に使用しますのでお手数ですが正確にご記入ください。

申込書提出後にご本人様、ご家族様の状況に変更が生じた場合にはご連絡ください。

※申込書に添えて提出する書類

介護保険被保険者証 (写) 健康診断書 (写) 直近のサービス利用票及び別表 (写)

現在居宅介護サービスをご利用中の方のみ