

小規模多機能居宅介護 利用申込書

申込日 年 月 日

小規模多機能居宅介護のサービスを利用したいので、次のとおり申し込みます。

(申込者)

フリガナ 氏名		希望者との続柄	
住所 (〒 -)		電話番号	
		携帯電話番号	

(利用希望者)

フリガナ 氏名		性別	男 ・ 女
生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日 (歳)		
住所 (〒 -)		電話番号	
		携帯電話番号	
要介護度	<input type="checkbox"/> 要介護 (1 2 3 4 5) <input type="checkbox"/> 要支援 (1 2) <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 未申請		
介護保険 状況	担当介護支援専門員 () 居宅介護事業所 () 電話番号 ()		
現況	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 病院・施設に入院 (入所) 中 (年 月 日～)		
主治医	病院名 (病院 科) 医師名 (医師)		
利用申込 事業所	・利用を希望する事業所にチェックを入れてください。 <input type="checkbox"/> ささえ愛あいの山 <input type="checkbox"/> ささえ愛はよし <input type="checkbox"/> 小多機うしろやま		
希望 サービス	・通い、訪問、泊りのサービスをどのように利用したいか記入してください。		
その他 留意事項	・申し込みの際は、介護保険証 (写)、介護負担割合証 (写)、居宅介護サービスをご利用中の方のみ直近のサービス利用票または利用者情報 (フェイスシート) を添付してください。		
説明確認及び情報収集に関する同意			
私は、貴事業所への利用申し込みに際し、利用申し込みから利用契約までの手続き及び決定方法について説明を受けました。なお、利用決定のため必要な範囲において、わたし (利用希望者及びその家族) に関する情報を、佐渡市、担当居宅介護支援事業所、他の介護保険施設及び医療機関から収集することに同意します。			
年 月 日		利用希望者名	印
		申込者名	印