

# 利用申込書

申込日 年 月 日

入所 ・ 短期 ・ デイ

介護保険No.

利 用 者	ふりがな		氏名		男 ・ 女	大 ・ 昭	年	月	日	歳
	〒		住所		TEL					
希 望	介護度	負担割合	割	限度額	段階	身体障害 有 ・ 無		生活保護 有 ・ 無		
	□在宅 サービス利用 有 ・ 無 ( )		担当ケアマネ( )							
	□入院 病院( )		病名( )		入院期間( 年 月から)					
	□施設入所 施設( )		入所期間( 年 月から)							
者	□歩行: 自立		一部介助		全介助		□食事: 自立		一部介助 全介助	
	□認知: 有 (軽度 ・ 中度 ・ 重度) ・ 無		□排泄: 自立		一部介助		全介助			
(現在の様子やその他)										

上記の身元に関しては、私が一切の責任を引き受けます。

身元 住所 氏名 ⑩

引 自宅Tel ( ) - 続柄

受 携帯Tel ( ) -

人 勤務先 勤務先Tel ( )

氏名	年齢	続柄	居住地	電話番号
	歳			
	歳			
	歳			
	歳			