

ケアタウン茶山 利用申込書

申込年月日	令和 年 月 日	※受付番号				
<input type="checkbox"/> 小規模多機能型居宅介護 ご希望のサービスにチェックをお願いします。 <input type="checkbox"/> デイサービスセンター <input type="checkbox"/> グループホーム						
入居される方	フリガナ			明治・大正・昭和		
	氏名	生年月日	年 月 日 (歳)	性別	男・女	
	住所	郵便番号(-)	電話番号	()		
	病院・施設入院・利用の場合	郵便番号(-)	電話番号	()		
	介護認定	申請(更新・変更)中・済	被保険者番号			
	要介護度	要支1・2 / 要介1・2・3・4・5	有効期間			
	現在の住居	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 老人保健施設 <input type="checkbox"/> 療養型医療施設 <input type="checkbox"/> 特別養護老人ホーム <input type="checkbox"/> 養護老人ホーム <input type="checkbox"/> 軽費老人ホーム(ケアハウス) <input type="checkbox"/> グループホーム <input type="checkbox"/> 有料老人ホーム <input type="checkbox"/> サービス付き高齢者向け住宅 <input type="checkbox"/> 一般病院 <input type="checkbox"/> その他() 年 月頃より 施設名【 】				
家族・相談者	フリガナ					
	氏名	続柄	備考			
	連絡先1	郵便番号(-)	電話番号	()		
	連絡先2	郵便番号(-)	電話番号	()		
居宅介護支援事業者	事業所名	事業者番号				
	住所	郵便番号(-)	電話番号	()		
	フリガナ	担当者名	備考			
入居希望時期	<input type="checkbox"/> 今すぐ入居したい <input type="checkbox"/> 令和 年 月頃入居したい					

※申込書に添えて提出する書類

- 1 利用申込者の介護保険被保険者証(写)
- 2 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
- 3 主治医の診療情報提供書