

小規模多機能型居宅介護利用申込書

施設名 小規模多機能型居宅介護 花笑み 管理者 宛て 利用を希望するので、下記の通り申し込みます。		申込日		令和	年	月	日							
		受付日		令和	年	月	日							
		受付者												
利用希望者	フリガナ						性別	男	生年月日					
	氏名							女	明・大・昭	年	月	日	(歳)	
	住所	〒 ー							電話 ()					
										FAX ()				
被保険者番号									要介護度	1	2	3	4	5
保険者番号									保険者名					
初回要介護認定年月日		令和 年 月 日					認定の有効期間		年 月 日 ～ 年 月 日					

※上記（初回要介護認定年月日以外）は、入居希望者の介護保険被保険者証から転記願います。

連絡先	住所	〒 ー							電話 ()				
										FAX ()			
	フリガナ						入居希望者との関係						
氏名													

※申込者以外の方への連絡を希望される方は、連絡先もご記入下さい。

現在の生活場所 (○をつけて下さい)	・ご自宅 ・施設 () ・病院 () ・その他 ()
居宅サービスを受けている方	居宅介護支援事業所名 () 介護支援専門員氏名 ()

※申込書に添えて提出する書類

- ・入居希望者の介護保険被保険者証（写し）と、介護保険費負担割合証（写し）

施設使用欄