

サービス利用申込書

社会福祉法人 慈楽福祉会 御中

利用希望サービス		<input type="checkbox"/> 介護老人保健施設		<input type="checkbox"/> 短期入所療養介護		
利用希望者	フリガナ 氏名				性別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	
	生年月日	<input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 年 (20 年) 月 日				
	住所	〒 -			本籍 都・道 府・県	
	電話番号	- -		携帯電話	- -	
介護保険	要介護度区分	<input type="checkbox"/> 非該当 <input type="checkbox"/> 要支援1 <input type="checkbox"/> 要支援2 <input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5				
	被保険者番号			保険者	市・町・村	
	認定の有効期間	(20 年)令和 年 月 日 ~ (20 年)令和 年 月 日				
	事業者	事業所		介護支援専門員		
		〒 -	電話	- -		
			携帯電話	- -		
負担限度額	<input type="checkbox"/> 第1段階 <input type="checkbox"/> 第2段階 <input type="checkbox"/> 第3段階 <input type="checkbox"/> 第4段階			有効期限	令和 年 月 日	
健康保険	健康保険種別	政管・組合・日雇・船員・共済・国民・生保・後期			保険者名	
	健康保険証	記号	番号			
	老人医療受給者証	有・無	受給者番号			
被爆・身障・療育	被爆者手帳	有・無	手帳番号			
	身体障害者手帳	有・無	種 級	傷病名		
	重度身体障害者医療受給者証	有・無	受給者番号			
	療育手帳	有・無	手帳番号			
成年後見制度利用	有・無・申立中		区分	補助人・保佐人・後見人		

※申込者・利用希望者が同一の場合は、下欄の記入は不要です。

申込者	氏名			続柄		電話	- -
	住所	〒 -					
	利用希望理由						

- (1) サービス利用決定のために必要があるときは、利用希望者の身体・精神・行動等の状況を、関係者及び関係機関に問い合わせることがあります。
- (2) サービス利用開始前には、別途で健康調査票(当法人書式)を提出して頂く場合もあります。
- (3) 施設入所の際には、身元引受人(1名)を選任して頂きます。
- (4) 介護保険負担限度額認定を市区町村介護保険課等に申請してください。

(20 年)令和 年 月 日 担当者:

社会福祉法人 慈楽福祉会
令和元年五月改訂