



利用申込書

年 月 日

社会福祉法人せいひ会 事業所管理者 様

貴事業所に以下のサービスの利用を申し込みます。

<input type="checkbox"/> 元亀の里	<input type="checkbox"/> 介護老人保健施設 <input type="checkbox"/> (介護予防) 短期入所療養介護 <input type="checkbox"/> (介護予防) 通所リハビリ
<input type="checkbox"/> グループホームせいひ	<input type="checkbox"/> (介護予防) 認知症対応型共同生活介護
<input type="checkbox"/> 風和の里	<input type="checkbox"/> 介護老人福祉施設 <input type="checkbox"/> (介護予防) 短期入所生活介護
<input type="checkbox"/> ヘルパーステーション元亀	<input type="checkbox"/> 訪問介護 <input type="checkbox"/> 訪問型サービス
<input type="checkbox"/> 特別養護老人ホーム寿限無	<input type="checkbox"/> 地域密着型福祉施設 <input type="checkbox"/> (介護予防) 短期入所生活介護
<input type="checkbox"/> デイサービス寿限無	<input type="checkbox"/> 地域密着型通所介護 <input type="checkbox"/> 介護予防通所介護相当サービス
<input type="checkbox"/> せいひ会居宅介護支援事業所	居宅介護支援
<input type="checkbox"/> ティンバーズヒルの家	<input type="checkbox"/> 地域密着型通所介護 <input type="checkbox"/> 通所型サービス

- 利用申込まれる方(ご本人)についてご記入ください。太線枠内は必ずご本人の自筆で記入ください。(やむを得ない理由によりご家族等が代筆される場合は、代筆者及びその理由をご記入ください。)

フリガナ 利用者氏名	生年月日
Ⓜ (男・女)	年 月 日生
住 所	
電話番号 () << 様方 >>	
かかりつけ医	
申請： 未 ・ 済 (申請日： 年 月 日)	
介護保険 要介護度： 要支援 (1・2) ・ 要介護 (1・2・3・4・5)	
有効期間： 年 月 日から 年 月 日まで	
居宅サービス計画作成依頼： (担当：)	
<<代筆の場合>> 代筆者： (続柄：) ・ 代筆理由 >>	

- 今後のご連絡や、利用開始後の緊急時等連絡先確保のために、ご家族等の状況についてお尋ねします。ご連絡するうえで、ご家族の代表となられる方には「家族代表」として記名押印いただき、続いて、家族代表の方に連絡が取れない場合の、他のご家族の連絡先をご記入ください。(電話番号については、自宅・携帯・職場など複数の連絡先をご記入いただければ幸いです。)

続 柄	氏 名	住 所	電話番号	備考
家族代表	Ⓜ		自宅 携帯 職場	請求 同居 介護
			自宅 携帯 職場	請求 同居 介護

※「請求書送付先」「同居の家族」「家庭での主な介護者」に該当する方は備考欄内に○を記入ください。

- 介護老人保健施設利用申込の場合：特別室の利用希望 ⇒ 無 ・ 有

