

利用申込書

社会福祉法人 みずき会
ラスパみずき ホーム長殿

申込日: 年 月 日

担当者: _____

申込者 住所

氏名

電話番号

| | |
|-------|-------------------------------------------|
| 利用希望先 | ①グループホーム ②小規模多機能型居宅介護 ③住宅型有料老人ホーム(②と併用可能) |
| 優先順位 | 第1希望 () 第2希望 () 第3希望 () |

※利用希望先の番号を()内にご記入ください。

| | | |
|---|--------|----------|
| ※ | 負担割合 | 1割・2割・3割 |
| ※ | 被保険者番号 | |
| ※ | 認定有効期間 | ～ |

<入所・利用希望者>

| | | | |
|--------|-------------|--------|----------------|
| フリガナ氏名 | 男・女 | 生年月日 | |
| 住所 | | M・T・S | 年 月 日(歳) |
| 電話番号 | | 現在の居場所 | 自宅 病院・施設() |
| 要介護度 | 申請中 要支援 1・2 | 要介護 | 1・2・3・4・5 |
| 担当居宅名 | | | |
| 担当ケアマネ | | 電話番号 | |
| かかりつけ医 | 医療機関 | 主治医 | Dr |

<身元保証人>

| | | | |
|--------|-----|------|-------------|
| フリガナ氏名 | 男・女 | 生年月日 | M・T・S 年 月 日 |
| 住所 | | 続柄 | |
| | | 電話番号 | |

<連絡先1>

| | | | |
|----------|--|------|--|
| 代表者氏名 | | 続柄 | |
| 住所 | | | |
| 電話番号 | | 携帯番号 | |
| 勤務先(会社名) | | | |
| 電話番号 | | | |

<連絡先2>

| | | | |
|----------|--|------|--|
| 代表者氏名 | | 続柄 | |
| 住所 | | | |
| 電話番号 | | 携帯番号 | |
| 勤務先(会社名) | | | |
| 電話番号 | | | |

<備考> **入所ご希望の方「入所を急ぐ」・「入所を急がない」**

理由