

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