

社会福祉法人 空心福祉会 サービス利用申込書（在宅）

申込日： 20 年 月 日

お 申 込 者	ふり がな 氏 名	印		続 柄					
	ふり がな 住 所	〒							
	☎								
ご 利 用 希 望 者	ふり がな 氏 名		男 ・ 女	生年月日	年 月 日 (満 歳)				
	ふり がな 住 所	〒 (自治会名：)							
	☎								
利用希望サービス ※○を付けて下さい。		空心福祉会ケアプランセンター							
		にれの木園ショートステイ ・ にれの木園デイサービス							
		晴風ショートステイ							
		えるむショートステイ ・ えるむデイサービス							
介 護 保 険 ※該当箇所に ○を付けて下さい。		要介護状態区分		負担限度額認定		未申請	申請済		
		要支援： 1 2		第1段階	第2段階	第3段階	非該当		
		要介護： 1 2 3 4 5		食費： (¥300)	(¥390)	(¥650)			
(認)日常生活自立度		自立	I	Ⅱa	Ⅱb	Ⅲa	Ⅲb	Ⅳ	M
担当ケアマネジャー				所 属 事業所					
かかりつけ 医 療 機 関									
かかりつけ Dr				診療科目					
既往歴 現症病									
留意事項 ご要望等									
		受理日 20 . .	受付担当者	併願処理(部長)	Review(部長)				

※「介護保険被保険者証」,「介護負担割合証」,「介護保険負担限度額認定証※お持ちの方のみ」コピーを添付して下さい。

空-100-(07)