

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

ご利用希望者 (ご本人)	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：)					
	☎	自宅： 携帯電話：					
お申込者 (ご家族等)	ふりがな氏名		本人との続柄				
	ふりがな住所	〒					
	☎	自宅： 携帯電話：					
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			負担割合		
		要支援： 1 2 要介護： 1 2 3 4 5			1割 2割 3割		
		負担限度額認定	第1段階	第2段階	第3①段階	第3②段階	非該当
		未申請 ・ 申請済	食費： (¥300)	(¥600)	(¥1,000)	(¥1,300)	
居宅介護支援事業所			担当ケアマネジャー				
主治医氏名			医療機関名				
既往歴 現症病		※分かる範囲で発症年月日も記載して下さい					
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。