

小規模多機能 支え合い 利用申込書

平成 年 月 日

申込者氏名 _____ 続柄 (_____)

住 所 _____

電話番号 _____

利用者	介護保険被保険者番号					
	認定有効期間	平成 年 月 日 から 平成 年 月 日 まで	認定結果	要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5		
	フリガナ氏名				生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日 (満 歳)
	住 所	〒 _____				
身体状況	機能障害の有無 無・有 (_____) 既往症の有無 無・有 (_____) 使用薬の有無 無・有 (_____) アレルギーの有無 無・有 (_____) その他 (_____)					
認知症の状況	なし ・ あり (診断名: _____) ありの場合、具体的な症状 _____					
現在のサービス利用状況	担当ケアマネージャー、利用サービスの内容等 _____					
家族の状況	氏名	続柄	年齢	住 所	連絡先	備 考
収入の状況	年金 (国民 ・ 厚生 ・ その他) 月額 円		家族からの仕送り等その他収入 月額 円		生活保護 無 ・ 有 (_____ 区 担当 氏 電話 (_____)	

施設記入欄

受付	受付日	面接日	面接連絡先	結果	結果通知先	その他
			<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 申込者 <input type="checkbox"/> その他	契約 待機 辞退	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 申込者 <input type="checkbox"/> その他	