

小規模多機能 支え合い 利用申込書

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	年 月 日 から 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 の 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	