

## 小規模多機能ホーム錦の里利用申込書

この度は、小規模多機能ホーム「錦の里」に利用申込を頂きましてありがとうございます。  
 お手数ですが、下記の事項についてご記入下さい。

利 用 者 名			
生 年 月 日	(明治・大正・昭和) 年 月 日 ( 歳)	性 別	男・女
住 所	(郵便番号 - )		
	電 話 番 号		FAX 番 号
緊 急 時 連 絡 先	(郵便番号 - )		
		電 話 番 号	
介 護 度 認 定 状 況	介護保険証番号 (10桁)		
	要介護度	要支援 (1・2)	要介護 (1・2・3・4・5) 未認定
	交付年月日	有効期限 ~	
疾 患 名	*現在の病名をご記入下さい。		
か かり つ け 医 療 機 関 情 報	医 療 機 関 名		
	主 治 医 名	電 話 番 号	
居 宅 介 護 支 援 事 業 所 情 報	事 業 所 名	*現在利用されている居宅介護支援事業所名をご記入下さい。	
	ケ ア マ ネ 名	電 話 番 号	
在 宅 サ ー ビ ス の 利 用 状 況	デイサービス・デイケア・訪問介護・訪問看護・ショートステイ・その他 ( )		
そ の 他	*ご要望等をご記入下さい。		
申 込 受 付 日	平成 年 月 日	担 当 者	

申 込 者 名		続 柄	
連 絡 先	(郵便番号 - )		
	電 話 番 号		携 帯 番 号