

## 小規模多機能型居宅介護事業所サイト 利用申込書

平成 年 月 日

申込者 〒

住所

氏名

電話

(携帯)

利用者との続柄

印 ( )

下記のとおり、小規模多機能型居宅介護事業所サイトへの利用を申込みます。

ご利用者名		性別	生年月日	
(フリガナ)		男・女	明治・大正・昭和 年 月 日生(満 才)	
住所	〒		電話番号	
生活形態	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 入院・入所(施設名: )			
介護認定	要支援(1・2)		認定期間	
	要介護(1・2・3・4・5)		年 月 日～ 年 月 日	
	被保険者番号			
介護認定申請中( 月 日申請 )      申請予定日( 月 日頃 )				
健康保険	種別			種類
	記号番号			判定
収入状況	年金等	(種別)		(支給年額)
		(種別)		(支給年額)
	生活保護受給		有・無	
かかりつけ医	医療機関名:		主治医氏名:	

氏名	続柄	住所	連絡先
身元引受人 (フリガナ)		〒	(自宅)
		勤務先名	(携帯)
(フリガナ)		〒	(自宅)
		勤務先名	(携帯)
(フリガナ)		〒	(自宅)
		勤務先名	(携帯)

利用希望者の日常生活状況	
□認知症がある → 特記すべき症状( )	
□視力に障害がある □聴力に障害がある □言語に障害がある □手足に障害がある	
移動……□自分で可 □一部介助 □全介助	□杖を使用 □車椅子を使用 □歩行器 □その他( )
食事……□自分で可 □一部介助 □全介助	形態:□普通食 □刻み食 □流動食 内容:□普通 □治療食
排泄……□自分で可 □一部介助 □全介助	□トイレ □ポータブル □オムツ □その他( )
入浴…□自分で可 □一部介助 □全介助	

(利用にあたってのご要望等お聞かせください)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**個人情報取得・提供の同意**

入所判定及びサービス提供のため必要な範囲において、利用希望者及びその家族等に関する情報を市町村、居宅介護支援事業所、医療機関等その他関係機関から施設が取得し利用することに同意します。また、高齢者施策に役立たせるため高知県及び関係市町村から要請のあった場合、利用申込み者の情報を提供することに同意します。

なお、利用申込み後に利用希望者が死亡、施設入所・入院等の理由により、利用の必要がなくなった場合には、速やかにその旨を連絡し申込みを取り下げします。

利用希望者氏名 ㊟

家族等氏名 ㊟