

# 登録申込書

千授福社会 千授福社会  
小規模多機能施設 煌

管理者 殿

令和 年 月 日

<登録申込者>

フリガナ		性別	男	・	女
氏名			明・大・昭 年 月 日 ( 歳)		
	介護度	要支援 1, 2 要介護 1, 2, 3, 4, 5			
保険者	被保険者番号	認定有効期間			年 月 日 ~ 年 月 日
現住所	〒				電話番号
現況	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 病院 ( ) <input type="checkbox"/> その他 ( )				

※「介護保険者証(写)」 「居宅サービス利用票・別表」 (在宅サービスを受けている方) を添付してください

<申込代理者名>申込者が本人でない場合、記載ください

氏名		続柄		勤務先等	
				電話番号	
住所	〒				電話番号

介護保険法令に基づき、要介護の認定を受けましたので、この登録申込書によりサービス利用を希望します。

※ご家族でわかる範囲でご記入ください

居宅介護支援事業所		介護支援専門員	
かかりつけ医		主治医名	
住所	〒	電話番号	
今までにかかった病気	現在治療中の病気・過去の病歴 (できるだけ詳しくご記入ください) <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> インシュリン注射 <input type="checkbox"/> 透析 <input type="checkbox"/> ストマ <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> 褥瘡処置 <input type="checkbox"/> 吸痰 <input type="checkbox"/> その他		

<サービス希望事項>

※当施設を利用し、どのようなサービスを利用してどのように暮らしていきたいか、ご記入ください。

--

<同意及び説明確認>

申込希望者、介護者を円滑に支援するために、県・市町村・ケアマネージャー等に、この申込内容を情報提供することに同意します  
申込～利用開始までの手続きについて、貴施設から説明を受けました

令和 年 月 日 申込者、または申込代理人氏名

印

事務処理	申込日	令和 年 月 日	受付日	令和 年 月 日	受付者	印
	受付簿記入者		受付簿記入日	令和 年 月 日		

# 《記入の仕方》

# 登録申込書

平成 年 月 日

千授福社会  
小規模多機能施設 煌 施設長 殿

＜登録申込者＞

フリガナ		性別	男 ・ 女
氏名		明・大・昭	年 月 日 ( 歳)
現況の当てはまる所を☑ 入院・入所中はその名称を記載	介護度	要支援 1, 2 要介護 1, 2, 3, 4, 5	
	認定有効期間	年 月 日～ 年 月 日	
電話番号			
現況	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 病院 ( ) <input type="checkbox"/> その他 ( )		

※「介護保険者証(写)」 「居宅サービス利用票・別表」 (在宅サービスを受けている方) を添付してください

＜申込代理者名＞申込者が本人でない場合、記載ください

氏名		続柄		勤務先等 電話番号
住所		ケアプランを作成して貰っている方はその事業所名を記載		

介護保険法令に基づき、要介護の認定を希望します。 申込書によりサービス利用を

※ご家族でわかる範囲でご記入ください

居宅介護支援事業所		介護支援専門員	
かかりつけ医		主治医名	
住所	〒	電話番号	
今までに かかった病気	現在治療中の病気・過去の病歴(できるだけ詳しくご記入ください) <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> インシュリン注射 <input type="checkbox"/> 透析 <input type="checkbox"/> ストマ <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> 褥瘡処置 <input type="checkbox"/> 吸痰 <input type="checkbox"/> その他		

＜サービス希望事項＞

※当施設を利用し、どのようなサービスを利用し

	・昼間はデイサービスを使い、夕方はヘルパーさん にうちに来て貰って、ご飯を作ってほしい ・週末は泊まりのサービスを利用したい ・週に3日位かよって、家が誰も居ない時は泊まりを 利用 したい ・ひとりで暮らしており、心配なので、本人の様子を 見に、訪問して貰いたい etc
--	---

＜同意及び説明確認＞

申込希望者、介護者を円滑に支援するために、県・市  
この申込内容を情報提供することに同意します  
申込～利用開始までの手続きについて、貴施設から説明

申込者が家族等、本人以外の  
場合はその方の氏名・印

平成 年 月 日 申込者、または申込代理人氏名 印

事務処理	申込日	平成 年 月 日	受付日	平成 年 月 日	受付者 印
	受付簿記入者		受付簿記入日	平成 年 月 日	