

施設サービス利用申込書

申請日： 年 月 日

利用者	フリガナ		性別	男・女
	名前			
	住所	〒 ☎ ()		
	生年月日	大正・昭和 年 月 日 (歳)		
保証人	フリガナ		続柄	
	名前			
	住所	〒 ☎ ()		

※連絡先は2ヶ所以上ご記入ください

連絡先①	フリガナ		続柄	勤務先名	
	名前			勤務先住所	
	住所	〒		勤務先電話番号	
		☎ ()		携帯番号	
連絡先②	フリガナ		続柄	勤務先名	
	名前			勤務先住所	
	住所	〒		勤務先電話番号	
		☎ ()		携帯番号	
連絡先③	フリガナ		続柄	勤務先名	
	名前			勤務先住所	
	住所	〒		勤務先電話番号	
		☎ ()		携帯番号	

介護度	要支援 1 ・ 2		要介護 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5				
認定日	年 月 日						
有効期間	年 月 日 ~		年 月 日				
居宅介護支援事業所	☎ ()						
担当介護支援専門員							
希望サービス	<input type="checkbox"/> 入所	希望居室	<input type="checkbox"/> 4人部屋 <input type="checkbox"/> どちらでもよい <input type="checkbox"/> 個室（室料 3,300円/日）				
		衣類洗濯	<input type="checkbox"/> 家族洗濯 <input type="checkbox"/> 業者洗濯（約5,000円位/月）				
	<input type="checkbox"/> 通所						
申請理由							
同居家族	名	前	年 齢	続 柄	職 業	日 中	
						在 ・ 不在	
						在 ・ 不在	
						在 ・ 不在	
						在 ・ 不在	
						在 ・ 不在	

◎ 利用中におけるご本人様・ご家族様の希望

◎歯科健診について（ご入所者様のみ）

訪問歯科が初回無料歯科健診をさせていただきます。
 治療が必要な場合は訪問歯科からご連絡させていただき、治療に発展する場合はご本人様の病歴、ご家族様の連絡先を訪問歯科へ情報提供させていただきます。

※無料歯科健診時、緊急治療が必要と判断した際、ご家族にご連絡が取れない場合は事後報告となる場合がございます。

訪問歯科：（医）もとえデンタルクリニック（電話：042-530-7800）