

施設サービス利用申込書

申請日：令和 年 月 日

利用者	フリガナ		性別	男・女
	氏名			
	住所	〒 自宅電話 ()		
	生年月日	大正・昭和 年 月 日 (歳)		

※連絡先はすべてご記入をお願い致します。

※連絡先の①から順番に連絡をさせていただいております。
連絡順にご記入をお願い致します。

連絡先①	フリガナ		続柄	勤務先名		
	氏名			勤務先住所		
	住所	〒			勤務先電話番号	
		自宅電話 ()			E-mail	
		携帯電話 ()				
連絡先②	フリガナ		続柄	勤務先名		
	氏名			勤務先住所		
	住所	〒			勤務先電話番号	
		自宅電話 ()			E-mail	
		携帯電話 ()				
連絡先③	フリガナ		続柄	勤務先名		
	氏名			勤務先住所		
	住所	〒			勤務先電話番号	
		自宅電話 ()			E-mail	
		携帯電話 ()				

※裏面もあります。

同居家族	氏名	年齢	続柄	職業	日中
					在・不在

介護度	要支援 1・2		要介護 1・2・3・4・5		
有効期間	令和 年 月 日		～	令和 年 月 日	
負担限度額	<input type="checkbox"/> あり		<input type="checkbox"/> なし		<input type="checkbox"/> わからない
居宅介護支援事業所	担当 ☎				
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)		
		日用品 レンタル	<input type="checkbox"/> Aセット (タオル式 220円/日)		
			<input type="checkbox"/> Bセット (Aセット+ <small>歯ブラシ・歯磨き粉</small> ボックスティッシュ 240円/日)		
	<input type="checkbox"/> 通所	衣類洗濯	<input type="checkbox"/> 家族洗濯 <input type="checkbox"/> 業者洗濯 (約5,000～6,000円位/月)		
		送迎	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	
	入浴	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし		
申請理由：					
.....					
.....					

◎ 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、ご家族様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：医療法人社団東京昌栄会 もとえデンタルクリニック
東京都羽村市神明台2丁目11-14 ☎ 042-530-7800