

(第1号様式1-1)

# 小規模多機能型居宅介護事業所 わだの里 利用申込書

令和 年 月 日

管理者 様

※施設記入欄

初回申込日	令和 年 月 日
-------	----------

## 1. 利用申込者の状況

(フリガナ)		性別	生年月日
氏名		男・女	明・大・昭 年 月 日 ( 歳)
住所	〒 ( - ) TEL		
介護保険	保険者名	市(区) 町・村	介護保険負担割合
被保険者番号			・1割 ・2割 ・3割
要介護度	・要支援1 ・要支援2 ・要介護度1 ・要介護度2 ・要介護度3 ・要介護度4 ・要介護度5 ・その他		
現在の状況	1. 自宅で生活 2. 他サービスを利用中(施設名 サービス名:デイ・ショート・入所・訪問 3. 病院等に入院している(病院名 )		
利用を希望する時期	1. すぐにでも利用したい 2. 6か月以内には利用したい 3. 当面は必要ないが、将来的には利用したい。 4. 利用後は入所も考えている。		
居宅介護支援事業所またはケアマネジャー	事業所名 担当者名	電話	
主治医	病院名	主治医名	電話

## 2. 家族、身元引受人等の連絡先

(フリガナ)		続柄
氏名		
住所	〒 ( - ) TEL	

## 3. 家族の状況

	項 目
該当する項目1つに○をつけてください	1. ひとり暮らし 2. 家族全員(未成年者を除く)が要介護状態、病気療養中又は障害を有するため、介護が困難 3. 家族全員(未成年者を除く)が要支援状態又は75歳以上であるため、介護が困難 4. 同一世帯に要介護状態、病気療養中又は障害を有する者が複数いるため、介護が困難 5. 上記以外の状態で介護が困難
待機中に【わだの里お便り】をお送りいたしますか?	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
送付先を選んでください。 <input type="checkbox"/> 本人住所 <input type="checkbox"/> 身元引受人住所 <input type="checkbox"/> その他	下に記入してください。
送付先住所	〒 ( - ) TEL

※利用申込後に本人及び家族の状況に変化が生じた場合は、ご連絡ください。